



HAAGA-HELIA
ammattikorkeakoulu

**LIKKUMATTOMASTA LIKKUJAKSI-
HAASTEITA JA MAHDOLLISUUKSIA –
Terveysliikunnan palveluketjun produktiö Keravalla**

Anu Wager

Opinnäytetyö
Vierumäen yksikkö
Liikunnan ja vapaa-ajan-
koulutusohjelma
Syksy 2011



Koulutusohjelma

Tekijä tai tekijät Wager Anu	Ryhmä tai aloitusvuosi AMK09/AIK
Opinnäytetyön nimi Liikkumattomasta liikkujaksi–Haasteita ja mahdollisuuksia Terveysliikunnan palveluketjun produktiivinen työ Keravalla	Sivu- ja liitesivumäärä 58 + 4
Ohjaaja tai ohjaajat Vuorio Sanna	
<p>Maailman terveysjärjestö (WHO), Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtakunnalliset, ajankohtaiset julkaisut painottavat ennaltaehkäisevän työn merkitystä ihmisten terveyden edistämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kunnille tehdyissä raporteissa korostetaan eri hallintokuntien moniammatillista osallistumista, osaamista, yhteistyötä ja palvelujen kehittämistä. Strategisissa tavoitteissa painotetaan kuntalaisten hyvinvointia ja terveyserojen kaventamiseen tärkeitä toimenpiteitä. Elintapasairaudet aiheuttavat muuttuneessa yhteiskunnassamme merkittäviä kustannuksia. Tästä johtuen terveys- ja elämäntapaneuvonnan katsotaan olevan tärkeässä roolissa, jolla voidaan lisätä ihmisten vastuuta omasta terveydestään.</p> <p>Liikkumattomien aktivoimiseksi tarvitaan saumatonta yhteistyötä kuntien perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen välillä. Keravan kaupungilla poikkihallinnollisia yhteistyömuotoja ovat vuonna 2004 alkanut Liikkumisresepti-yhteistyöhanke ja syksyllä 2008 terveyskeskuksessa alkanut terveysliikuntaneuvonta, jota annetaan Liikuntapalvelun toimesta. Yhteistyötä tehdään lääkäreiden ja fysioterapeuttien kanssa, mutta yhteistyö on vielä vähäistä muun hoitohenkilökunnan kanssa. Opinnäytetyössä kartoitettiin Keravan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn avulla palveluketjun ja neuvonnan kehittämisen- sekä yhteistyön tarpeita. Kyselystä kävi ilmi, että 14 % vastaajista ei käyttänyt lainkaan terveysliikuntaneuvontaa omassa työssään. Hieman alle puolet ei tiennyt lainkaan liikuntaneuvonnasta käytettävistä menetelmistä ja viidesosa vastaajista koki, että tiedonpuute on erittäin rajoittavana tekijänä neuvontaa annettaessa. Liikuntapalvelun palveluista tiedettiin vain kohtalaisesti. Tulokset olivat samansuuntaisia, kuin aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa. Teoriatiedon sekä kyselykartoituksen pohjalta esitetään ehdotuksia yhteistyön ja asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseksi, sekä terveysliikuntaneuvonnan tehostamiseksi. Tarvitaan yhteinen toiminnan ideologia sekä tavoitteet, jotta pystytään lisäämään terveyskeskuksen asiakkaiden fyysistä aktiivisuutta.</p> <p>Terveysliikuntaneuvonnan asemaa tulisi vahvistaa osana kuntien terveystalouksia, sekä lisätä terveysliikunnan merkitystä sairastumisen ehkäisyssä ja hoidossa. Liikkumattomien aktivoimiseksi liikunta-alan ja terveydenhoitoalan ihmiset ovat avainasemassa.</p>	
Asiasanat Terveyden edistäminen, terveysliikuntaneuvonta, palveluketju	

Author or authors Anu Wager	Group or year of entry AMK/09/AIK
The title of thesis From physical inactivity to activity-Challenges and possibilities of Health exercise service chain product in Kerava	Number of pages and appendices 58 + 4
Supervisor or supervisors Sanna Vuorio	
<p>The World Health Organization (WHO), Ministry of Health and Social Affairs, as well as current national publications emphasize the importance of preventative work in health promotion. Reports created by the National Institute of Health and Welfare (THL) for committees underline the need for different kind of municipal administration`s multi- professional participation, knowing, abilities, development of health services in an effort to promote better health for everyone. The strategic goals emphasize the well-being of all citizens, and strive to narrow the gap between the healthiest and the least healthy citizens. In our altered society lifestyle diseases cause significant costs. Because of this health and lifestyle information is considered to have an important role in increasing people`s own responsibility in their lifestyle in health.</p> <p>To motivate inactive people we need to promote preventive healthcare and seamless cooperation between sports, - and health services. In Kerava there are cooperative programs such as Physical Activity Prescription by physicians, started in 2004, and health exercise guidance, giving by Sports Services in autumn 2008. There is cooperation between doctors and physiotherapists, but not very much with the nursing personnel. In this thesis it was the purpose of this survey, with the help of the inquiry, to research the needs for developing the services, instructing and cooperation. In this inquiry it was revealed that 14% did not use health exercise information at their work at all. Slightly less than half did not know at all the methods is used at health exercise information and fifth of the respondents experienced, that the lack of knowledge is in a significant role as a limiting factor in giving the information. The services provided by sport service were known only moderately. The results were the same as in researches made before. On the basis of the theory and the inquiry the proposals will be presented to develop the cooperation and the customer- oriented services. We need common ideology and targets to increase the physical activity of the customers in health centers.</p> <p>The position of information in health and physical exercise should be strengthened to be a part of community`s health services and increase the meaning of health exercise information in treatment and prevention work. To activate passive people, sports field and health care personnel have a key role.</p>	
Key words Health promotion, information on health and physical exercise, service chain	

Sisältö

1 Johdanto.....	3
2 Terveyden edistämisen kulmakivet.....	7
2.1 Elintapojen kustannusvaikuttavuus	8
2.2 Moniammatillinen yhteistyö	10
2.3 Palveluketju.....	12
3 Terveysliikuntaneuvonta	14
3.1 Neuvonnan tavoitteita ja haasteita.....	15
3.2 Neuvonnan menetelmiä	16
3.2.1 Precede- malli	18
3.2.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli	19
3.3 Terveysliikunnan merkitys	22
3.4 Yhteenveto teoriasta	23
4 Terveyden edistämisen yhteistyö Keravalla.....	26
4.1 Liikkumisresepti	27
4.2 Terveysliikuntaneuvonta.....	28
5 Kyselykartoitus	30
5.1 Toteutus ja menetelmät.....	31
5.2 Tulokset.....	32
6 Pohdinta	39
6.1 Terveysliikunnan palveluketjun kehittämisehdotuksia	43
6.2 Mahdollisuuksia.....	48
Lähteet.....	54
Liitteet	59
Liite 1. Terveysliikuntaneuvonnan kyselylomake	59
Liite 2. Liikkumisreseptilomake Keravalla.....	63
Liite 3. Käyttäytymismuutoksen tekniikoita ja niihin yhdistettävissä olevat teorialat.....	64

1 Johdanto

Yli puolella 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista on jokin pitkäaikaissairaus. Kansan terveydentilassa korostuu terveydenkannalta haitallisten elämäntapojen ja niiden seurauksena lihavuuden yleistyminen. Miehillä peräti puolet sydän- ja verisuonisairauksien, sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien aiheuttamasta työkyvyttömyydestä johtuu lihavuudesta. (Turku 2007, 13.)

Liikkumattomuus on maailman laajuisesti jo neljänneksi tärkein riskitekijä elintapasairauksien aiheuttamiin kuoleman tapauksiin. Kansallisen liikuntatutkimuksen (2005- 2006) mukaan vähintään 4 kertaa viikossa, ainakin 30 minuuttia kerrallaan hikoilua ja hengästymistä aiheuttavaa liikumista harrastaa vain 36 % suomalaisista. Tämän perusteella terveyden kannalta riittämättömästi liikkuvia miehiä on 68 % ja naisia 59 %. Yhteiskunnan muuttumisen myötä arki- ja työliikunnan tiedetään vähentyneen ja istumiseen käytetyn päivittäisen ajan lisääntyneen merkittävästi. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 26.)

WHO:n arvion mukaan 90 % tyypin 2 diabeteksestä voitaisiin välttää parantamalla ruokatottumuksia, lisäämällä liikkumista ja lopettamalla tupakointi. (Kiiskinen ym. 26.) Tyypin 2 diabetes on myös nopeimmin kasvava kansansairaus Suomessa. On arvioitu, että lääkärin hoidossa on tällä hetkellä tyypin 2 diabeteksen vuoksi arviolta noin 300 000 suomalaista. Vuonna 2007 arvioitiin diabeteksen aiheuttavan noin 15 % kaikista terveydenhuollon menoista. (Packalen 2007, 4.) Väestöryhmittäiset terveyserot ovat tutkimusten mukaan suurentuneet ja väestössä on tapahtunut ikärakenteen muutoksia suurten ikäluokkien saavutettua eläkeiän.

Kunnissa liikuntapalveluja, liikuntapaikkoja ja tuettuja työnantajien myöntämiä liikuntaseteleitä käyttävät pääasiassa jo liikkuvat, aktiiviset kuntalaiset. Ylipainon kanssa kamppailevia on paljon, mutta laihduttaminen on monille ylivoimaista. Ihmisillä ei ole voimia, resursseja eikä kykyä tehdä muutoksia omissa elämäntavoissaan. Ihmisillä on tänä päivänä paljon terveyteen ja terveys-suosituksiin liittyvää tietoa, mutta silti ihmisten on vaikeaa tehdä konkreettisia, terveyttä edistäviä valintoja arjessaan.

Uudistetussa kansanterveyslaissa vuodelta 2006 vastuu kuntalaisten terveyden edistämisestä asetettiin kokonaisuudessaan kunnille. Uuden lain myötä on luovuttu terveydenhoito- termistä ja otettu käyttöön terveyden edistämisen-termi, joka kattaa myös sairauksien ehkäisemisen. (Puska 2006.) Kuntien strategisissa tavoitteissa painotetaan kuntalaisten hyvinvointia ja siihen tähtäävää työtä ja osaamista. Jottei tavoitteet jäisi strategiselle tasolle, hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja, joilla voidaan kontrolloida terveyspalveluiden kasvavia menoja ja kysyntää. Kunnan väestön oma vastuu terveydestään ja sen hallinnasta tulee olla tärkeä osa uusia toimintamalleja. (Packalén 2007, 3.) Terveyden edistämishankkeiden tavoitteellinen organisointi ja toiminnan toteuttaminen vaatii hyvää johtamista. Menetelmien kehittäminen käytännön tasolla vaatii yhteistyötä yli hallintokuntien.

Terveysliikunnan käsitteen taustalla on laaja- alainen terveyden edistämisen käsite, joka käsittää terveyttä tukevien rakenteiden ja mahdollisuuksien luomista, sekä sairauksien ennaltaehkäisyä, hoitoa ja kuntoutusta. Terveysliikuntaa koskevat tiedot, asenteet ja normit ovat yleisesti myönteisiä, mutta tästä huolimatta sekä väestö, että päättäjät tiedostavat puutteellisesti, millainen merkitys terveysneuvonnalla, - ja liikunnalla on yksilöille ja yhteisöille. Fyysisen aktiivisuuden lisääminen on terveys- ja hyvinvointipolitiikassamme keskeinen, mutta edelleen alikäytetty mahdollisuus. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2010.)

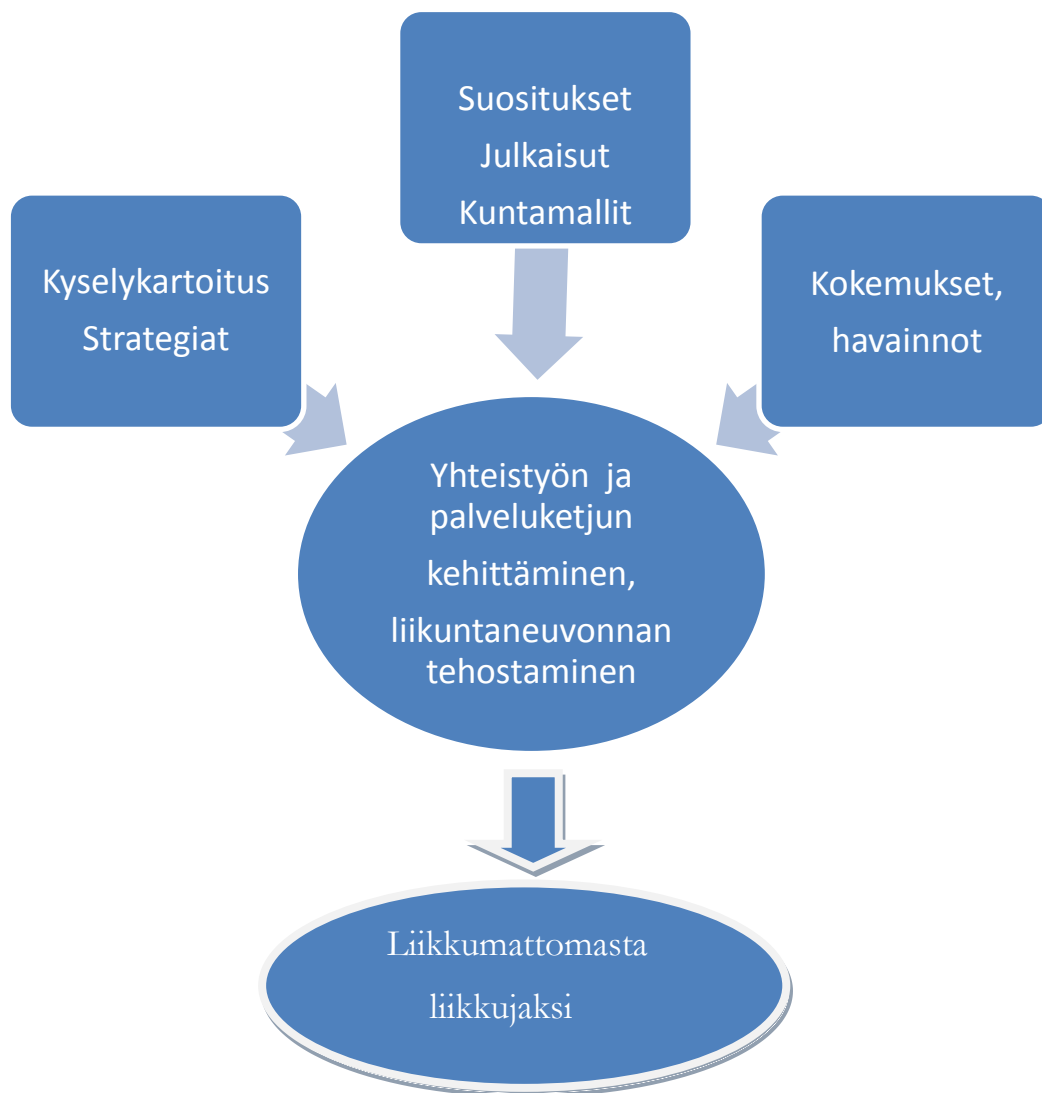
Yli 80 % suomalaisesta aikuisväestöstä käy terveyskeskuksen vastaanotolla ainakin kerran vuodessa. Näin ollen lääkäreillä ja hoitohenkilöstöllä on hyvät lähtökohdat tavoittaa riittämättömästi liikkuva väestö ja ohjata heitä fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä. Fyysisesti passiivisten ihmisten löytäminen ja aktivoiminen, sekä terveyttä edistävien valintojen kannustaminen on haasteellista työtä. Tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja palveluketjujen toimivuutta. (Honkanen 2010, sivu 11.)

Liikunnan kiistattomista terveysvaikutuksista huolimatta terveysliikuntaneuvonnan on todettu jäävän vähäiseksi niin Suomessa kuin kansainvälisestikin mm ajan, - ja tiedon puutteen, sekä

riittämättömien neuvontataitojen vuoksi. Perusterveydenhuollon elintapaneuvonnassa terveysliikunnan osuus jää usein suppeaksi, eikä neuvontatilanteissa yleisesti ottaen kannusteta riittävästi pohtimaan liikkumisen esteitä ja hyötyjä tai tueta ongelmanratkaisuihin, mikä olisi elintapojen muutoksen kannalta keskeisintä. (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82) Ihmisten terveyskäyttäytyminen on monimutkainen prosessi ja terveyden edistämisen työssä tulisi tunnistaa ennen kaikkea ne tilanteet, joissa ihmiset tarvitsevat erityistä tukea valinnoilleen. Suomessa perusterveydenhuollon terveysliikuntaneuvontaa pyritään lisäämään mm. valtakunnallisen Liikkumisresepti-yhteistyöhankkeen avulla ja liikuntaneuvontaa annetaan jo monissa terveyskeskuksissa liikuntatoimien toimesta. Poikkihallinnollisella terveydenedistämällä pyritään luomaan myönteisiä mahdollisuuksia tehdä terveyttä edistäviä valintoja. (Vähäsarja ym. 2004, 82.)

Keravan kaupungin strategisessa tavoitteiden määrittelyssä painotetaan kuntalaisten hyvinvoinnin tärkeyttä ennaltaehkäisy- ja elämän hallinnan tukemisella, sekä tavoitteena on lisätä ennaltaehkäisevien palvelujen määrää (Keravan kaupunki 2009, 14). Keravalla Liikuntapalvelun ja terveystoimen yhteistyö aloitettiin vuonna 2004, jolloin Liikkumisresepti-yhteistyöhanke käynnistettiin. Terveysliikuntaneuvonnan yhteistyökokeilu aloitettiin terveyskeskuksessa syksyllä 2008 yhteistyössä fysioterapiaoimiston kanssa. Neuvontaa annetaan Liikuntapalvelun toimesta.

Opinnäytetyössä käsitellään niitä tekijöitä, joilla on merkitystä ihmisten terveyden edistämisessä ja joilla voidaan tukea asiakkaita elämäntapoihin liittyvissä asioissa. Kyselykartoitus, joka oli osa produktiivista työtä, tehtiin Keravan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn tavoitteena oli saada tietoa niistä tekijöistä, joilla katsottiin olevan merkitystä palveluketjun kehittämiseksi ja palvelujen parantamiseksi asiakasnäkökulmasta katsottuna. Teoriatiedon ja kyselykartoituksen pohjalta esitetään kehittämissuhteita terveyskeskuksen asiakkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Terveysliikunnan palveluketjun kehittämisen prosessi

2 Terveyden edistämisen kulmakivet

WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet.

(Huttunen, 2010.) Sosiaali- ja terveysministeriö kantaa vastuuta suomalaisten hyvinvoinnista.

Ministeriö painottaa palvelujen ja muiden tukitoimien kehittämisessä ehkäisevää näkökulmaa, jolla edistetään väestön terveellisiä elämäntapoja ja lisätään ehkäisevän työn osaamista niin, että sairaudet tunnistetaan mahdollisimman varhain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa painotetaan eri-ikäisille suunnattujen ennalta ehkäisevien ja terveyttä edistävien terveyspalvelujen kehittämisessä asiakaslähtöisyyttä, saumattomia palveluketjuja sekä moni ammatillista yhteistyötä. Terveiden edistäminen edellyttää perinteisten organisaatorajojen häivyttämistä aiempaa tiiviimmässä yhteistyössä. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 78.)

Terveiden edistämiseen vaikuttavat yhteiskunnissa tapahtuvat muutokset ja kehityssuunnat, jotka muuttavat terveyttä edistävän toiminnan sisältöä ja tavoitteita. Terveiden edistäminen edellyttää käsitystä siitä, mitä muutoksia ja minkälaista kehitystä yhteiskunnassa tapahtuu ja miten nämä seikat näkyvät tai heijastuvat terveyden edistämisen sisältöön, toimintaan sekä asiakastyöhön. (Pietilä ym. 2002, 35.) Hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ on kunnissa viestinnällistä vaikuttamista ihmisten valintoihin, ammattiryhmien osaamisen vahvistamista, monialaisen yhteistyön lujittamista, sekä laadukkaiden ennaltaehkäisevien palvelujen tuottamista. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2008.)

2.1 Elintapojen kustannusvaikuttavuus

Suomalaisten kansantaudeiksi luetaan sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, hengityselinten sairaudet, syövät ja sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Vuonna 2005 diabeteksen arvioitiin aiheuttavan n. 505 miljoonan, sydäninfarktit 56 miljoonan ja aivoverenkierronhäiriöt n. 440 miljoonan euron vuosikustannukset. Väestön ikääntyessä ja odotettavissa olevan eliniän pidentyessä murtumat ja osteoporoosi ovat merkittävä kansantaloudellinen ongelma. Erityisesti lonkkamurtumat aiheuttavat yksilölle toimintakyvyn vajavuutta, pitkäaikaishoidon ja kuntoutuksen tarvetta, sekä yhteiskunnalle arviolta 56 miljoonan euron vuosikustannukset. (Kiiskinen ym. 2008, 24-26.)

Liian vähäisen liikunnan arvioidaan aiheuttavan Suomessa 200- 250 miljoonan euron vuosittaiset kustannukset. Puolet kustannuksista aiheutuu suorista terveydenhuolto menoista ja loppuosa menoista aiheutuu sairaus poissaoloista ja työn tuottavuuden heikkenemisestä. (Husu, Paronen, Suni & Vasankari 2011, 6.) Kustannusvaikuttavuusnäyttö liikunnan lisäämiseen tähtäävien toimien käytöstä terveyden edistämiseksi on vielä verraten niukkaa. Terveydenhuollossa annettu kehoitus ja ohje liikkumisen lisäämiseksi näyttävät olevan kustannusvaikuttavin vaihtoehto. Iso-Britanniassa terveydenhuollon suosituksia antava National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) on tekemissään laskelmissa arvioinut lääkäreiden antaman lyhyen intervention kustannusvaikuttavuudeksi 30- 670 euroa laatupainotettua lisäelinvuotta kohti. Jos laskelmissa huomioidaan myös ehkäistyjen sairauksien hoitokustannussäästöt, syntyy pitkällä aikavälillä nettosäästöjä. (Vähäsarja 2004, 94.)

Lihavuuden on arvioitu aiheuttavan n. 190 miljoonan, alkoholin 123- 226 miljoonan ja tapaturmien n. 207 -240 miljoonan euron vuosikustannukset (Taulukko 1). Monet kansansairaudet ja niitä aiheuttavat riskitekijöiden aiheuttamat kustannukset ovat osittain päällekkäisiä. (Kiiskinen ym. 25.)

Taulukko 1. Arviot yleisimpien sairauksien aiheuttamat suorat kustannukset terveydenhuollossa vuonna 2005, Kiiskinen 2008

Sairaudet	¹ milj. €
Diabetes	505
Akuutti sydäninfarkti	56
Aivoverenkiertohäiriöt	440
Lonkkamurtuma	56
Riskitekijät	
Lihavuus	190
Liikkumattomuus	200–250
Tupakka	246
Alkoholi	123–226
Tapaturmat	207–240

¹sairauksista ja riskitekijöistä syntyvät kustannukset osittain päällekkäisiä, eikä niitä siten voida laskea yhteen.

Lääkkeiden käyttö ja niistä aiheutuvat kustannukset yhteiskunnalle ovat huomattavat. Kohonnut verenpaine, korkea kolesterolia, heikentynyt luun tiheys sekä tyypin 2- diabetes ovat yhteydessä elämäntapoihin, painonhallintaan, liikkumiseen ja ruokavalioon. Vuonna 2005 näiden neljän ongelman lääkehoitoon käytetyt kustannukset ilmenevät taulukossa 2. (Kiiskinen ym. 44.)

Taulukko 2. Erityiskorvatut lääkkeet ja niistä aiheutuneet kustannukset vuosina 2005 ja 2006, Kiiskinen 2008

Erityiskorvatut lääkkeet	Yhteiskunnallinen kustannus, milj. €	Kustannus/ korvauksen saaja, €
Verenpainelääkkeet	159	313
Kolesterolilääkkeet	113	238
Diabeteslääkkeet	91	440
Luukudokseen vaikuttavat lääkkeet	30	420

Sekä valtakunnallisesti, että kuntatasolla riskitekijöihin, sairauksiin ja niiden hoitoon liittyvät kustannukset antavat hyvän kuvan siitä, kuin paljon ne kuormittavat terveydenhuoltojärjestelmää. Sitä, kuinka paljon kuormitusta voidaan vähentää sairauksia ehkäisemällä, ei voida suoraan päätellä sairauskohtaisista kustannuksista. Taulukoissa esitetyt kustannustiedot voivat kuitenkin ohjata terveydenhuollon voimavarojen ja kuntalaisten terveyttä lisäävien toimenpiteiden tarpeenmukaista ja tehokasta kohdentamista. (Kiiskinen ym. 122.)

2.2 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisuus nähdään usein yhtenä keskeisenä välineenä, jonka avulla terveydenhoidon haasteisiin voidaan vastata. Moniammatillisessa (multiprofessional, multidisciplinary) yhteistyön käsitteessä on kyse yhteistyöstä, jota voidaan käyttää mm. yhteistyön ja toimintatapojen suunnittelussa ja käytännön ratkaisuissa. Moniammatillisuus tuo yhteistyöhön mukaan useita eri tiedon ja osaamisen näkökulmia. Hallintorajojen ylittävässä yhteistyön lujittamisessa kannattaa luoda

toiminnallinen rakenne, josta vastuista, tehtävistä ja johtamisesta on selkeästi sovittu. (Isoherranen 2005, 13.)

Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa laaja-alaisten tavoitteiden toteutumista, jonka perustana on luottamus ja sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin. Yhteistyön monimuotoisuuteen kuuluvat erilaisten näkemysten huomioon ottaminen, tiimityö ja vertaistuki. (Isoherranen 2005.)

Tiimityöskentelyn ja eri ammattikuntien välisen yhteistyön painoarvo on jatkuvasti kasvanut niin organisaatioiden arjessa, kuin ammattilaisten koulutuksessakin. Moniammatillisen työskentelytavan keskeisyys näkyy paitsi sitä koskevan tutkimuskirjallisuuden lisääntymisenä, myös eri hallintokuntien toimintaideologiaa kirjaavissa teksteissä. Terveysalalla uskotaan siihen, että moniammatillinen asiakaslähtöinen yhteistyö on väline, jonka avulla pystytään vastaamaan mm. tulevaisuuden väestörakenteen muutoksiin. (Nikander 2004, 279.)

Yhteistyössä on myös kyse johdon ja työntekijöiden tahdosta yhteistyön kehittämiseen. Yhteistyön sujumiseksi tarvitaan tiedonkulun parantamista, hyvien käytäntöjen jakamista, yhteisten linjojen ja sääntöjen löytämistä, sekä toisen ammattilaisen kunnioittamista. (Pietilä 2010, 261.)

Moniammatillisissa tilanteissa pohdittavat asiakokonaisuudet vaihtelevat erilaisten käytäntöjen ja laajempien linjanvetojen yksityiskohdista päivittäisten, asiakkaiden ohjausta, auttamista, tukemista ja pärjäämistä koskeviin pohdintoihin ja ratkaisuihin.

Moniammatillisuudesta, tiimityöstä ja tehokkuudesta pitkään jatkuneesta keskustelusta huolimatta ammattikuntien välisen yhteistyön käytännön toimivuudesta tiedetään yhä suhteellisen vähän. Työväline on siis olemassa, mutta sen tehokkuudesta, esteistä ja mahdollisuuksista on vielä vähän tutkimustietoa. Haasteita yhteistyöhön tuovat erilaisten ammattisektoreiden joskus vastakkain asetetut intressit, toimintakulttuurit, eettiset ja moraaliset kysymykset, sekä toiminnan onnistumiseksi vaadittavat yhteistyötaidot erimielisyystilanteissa. Erimielisyystilanteista selviytyminen vaatii eri ammattiryhmien yhteistyödynamiikkaa ja ymmärtäviä- ja vuorovaikutustaitoja. (Nikander 2003, 279, 288.)

2.3 Palveluketju

Sosiaali- ja terveysministeriön Kaste- ohjelman yhtenä tavoitteena on parantaa kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia parantamalla palveluketjujen laatua ja vaikuttavuutta. Näihin tavoitteisiin pyritään varmistamalla henkilöstön riittävyys, osaaminen ja sitoutuneisuus, sekä luomalla ehjät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: 3.)

Palveluketjulla tarkoitetaan eri toimijoiden yhdessä tai erikseen tuotettujen palvelujen kokonaisuutta, joilla pyritään selvittämään asiakkaan ongelmaa. Asiakaslähtöinen hoito- ja palveluketju tarkoittaa asiakkaan yhtäjaksoisesti tai peräkkäin käyttämiä palveluja, jotka asiakkaan näkökulmasta muodostavat saumattoman kokonaisuuden. Palveluketjun työskentelyn lähtökohtana on asiakaslähtöisyyden varmistaminen, sekä palvelujen integroiminen toisiinsa. (Pohjanmaa- Hanke 2005- 2014.)

Terveyden hoidossa palveluketju tarkoittaa asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa, suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutettavaa palveluprosessia. Sen avulla määritellään eri toimijoiden työnjako. Ketju sisältää hallintokuntien rajapinnat ylittävät suunnitelmalliset ja yksilölliset terveyden edistämiseen liittyvät toiminnot. (Tanttu 2007, 10.)

Palveluketjujen hallinnan kehittäminen edellyttää asiakaslähtöisen toimintakulttuurin luomista ja palvelujen tuottajien kiinteää yhteistyötä asiakkaiden kokonaishoidon näkökulmasta. (Tanttu 2007, 15.)

On tehty tutkimus, jossa selvitettiin julkisen terveydenhuollon palveluketjujen sujuvuuteen vaikuttavia tekijöitä. Näistä tekijöistä muodostui kolme laajempaa osa-aluetta; palveluprosessit, osaamisen johtaminen ja tiedon hallinta, joita tulisi sovittaa yhteen. Tutkimus osoitti, että julkisen palveluketjujen hallinnan tarkastelussa on huomioitava vallitseva funktionaalinen organisaatiomalli, prosessilähtöinen palvelujen tuottaminen ja asiantuntijoiden merkitys palvelujen ensisijaisina tuottajina. Tutkimuksessa todettiin, että palveluketjujen hallinta voi toteutua perinteisen

hierarkkisen päätöksenteon ja johtamisen rinnalla myös koordinoimalla toiminnan eri osa- alueita. (Tanttu 2007,19.)

Palveluketjun tärkeimpänä toimintaideana on hahmottaa eri ammattiryhmien tuottamat palvelut ja mahdollisuudet kokonaisuudeksi ja hahmottaa ketju prosessiksi joka alkaa asiakkaan palvelutarpeesta ja päättyy, kun palvelun tarve loppuu.(Fogelholm & Vuori 2005, 216.)

3 Terveysliikuntaneuvonta

Terveysliikunnan edistämisen yksilöllisin toteutustapa on henkilökohtainen liikuntaneuvonta. (Heinonen 2011, 17.) Terveysliikuntaneuvonta on terveysneuvonnan yksi sisältöalue, kuten esim. ravitsemusneuvonta tai lääkkeiden käytön ohjaaminen. Terveysliikuntaneuvontaa ei voida irrottaa omaksi irralliseksi sisältöalueeksi, vaan neuvonnassa pyritään huomioimaan asiakasta kokonaisvaltaisesti psykofyysisenä yksilönä.

Neuvonta kuuluu terveyden edistämisen pedagogisiin, kykyä toimia oppimisen ohjaajana, ja viestinnällisiin keinoihin. Neuvonnan ammattihenkilön tehtävänä on sovittaa tietoa ja ohjaustapaa asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja elämäntilanteeseen mahdollisimman käyttökelpoisessa muodossa. Neuvonnassa pelkästään riskien osoittamisella, terveyssuositusten toistamisella ja vaikeasti ymmärrettävällä ohjeistuksella ei saada toivottavaa terveyskäyttäytymisen muutosta aikaiseksi. Henkilökohtaisella motivoivalla neuvonnalla ja psykososiaalisella tuella on erityinen osuus terveyden edistämisessä. (Turku 2007, 11-12.)

Terveysliikuntaneuvonta on osallistuvien osapuolten, ammattihenkilön ja asiakkaan keskinäistä neuvottelua. Sitä kuvaavat tasapuolinen vuorovaikutus, asiakkaan aktiivinen osallistuminen, asiakkaan kuuleminen sekä keskittyminen ongelmanratkaisuun. Tuloksekas neuvonta edellyttää monipuolista ja syvällistä lähestymistapaa. Neuvonnan puutteelliset taidot ja pintapuolinen työtapo heikentävät asiakkaan sitoutumista ja neuvonnan vaikuttavuutta. Neuvonnassa pyritään kehittämään asiakkaan omia näkemyksiä ja taitoja niin, että ne tukevat hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. (Heinonen 2011, 17.)

3.1 Neuvonnan tavoitteita ja haasteita

Terveysliikuntaneuvonnan ensisijaisena tavoitteena on asiakkaan ajattelun- ja käyttäytymismallien muuttaminen. Neuvonnalla pyritään vaikuttaminen positiivisesti asiakkaiden liikkumisaktiivisuuteen ja tukea erilaisilla työmenetelmillä omatoimisen liikkumisen aloittamista tai lisäämistä. Terveysliikuntaneuvonnalla sovitetaan liikkumistietoutta asiakkaan tarpeisiin ja yksilölliseen elämäntilanteeseen ja neuvonnasta asiakas hyötyy eniten silloin, kun neuvonta on täsmällistä ja kohdistuu sillä hetkellä tärkeimpään terveysongelmaan. (Vähäsarja 2004, 81.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa todetaan, että terveyden edistämisessä kehitettyjen uusien työkäytäntöjen ja menetelmien levittäminen ja juurruttaminen palvelujärjestelmiin tulisi turvata. Elintapaohjaukseen liittyvien menetelmien suunnittelua ja arviointia helpottaisi merkittävästi, jos käytössä olisi kattava lista käyttäytymisen osatekijöitä ja niihin vaikuttavista tekniikoista määritelmiseen ja vaikuttavuustietoineen. (Liite 3.) Yhteisten määritelmien kautta päästäisiin arvioimaan yksittäisten tekniikoiden vaikutuksia ja tämän jälkeen vertailla eri tekniikoiden yhdistelmiä. Parhaimmillaan esimerkiksi liikunta, - ja ravitsemuskäyttäytymiselle olisi oma listansa. Myös miehille ja naisille, sekä eri ikäryhmille voitaisiin kehittää ajan myötä omat listansa. Tähän on kuitenkin vielä pitkä matka. (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2004, 213.)

Elämäntapaohjauksen parissa työskentelevät pohtivat samoja peruskysymyksiä, kuin alan tutkijat: Miksi yksilö ei liiku puolta tuntia päivässä? Miksi hän arvostaa terveyttä ja aikoo muuttaa käyttäytymistään, mutta ei pysty toteuttamaan aikomuksiaan? Miten häntä voitaisiin tukea muutoksen tekemisessä? (Salmela, Kettunen, Poskiparta 2010, 216.) Tiede tarvitsee innovatiivisia, usein käytännön työelämässä syntyneitä ideoita käyttäytymismuutoksen tekniikoista voidakseen tutkia ja arvioida niiden vaikuttavuutta ja yhteyttä teorioihin. (Salmela ym. 2010, 216.)

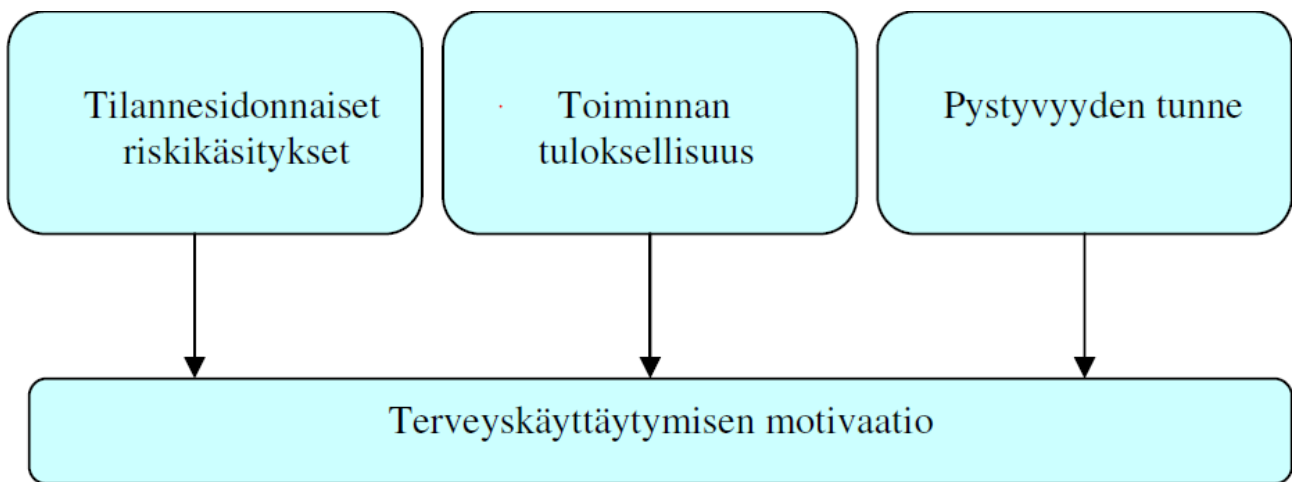
Reflektiivinen ohjaustapa on terveysneuvonnassa yleinen, jossa terveysneuvoja ja asiakas osallistuvat neuvontatilanteessa esiin nousseiden ongelmatilanteiden pohdintaan. Reflektiiviset kysymykset ovat keino herättää asiakkaiden itse arviointi ja itseohjautuvuus. (Poskiparta 1996, 91.)

Neuvoja voi esimerkiksi kysyä asiakkaalta: ”Mikä sinua terveydessäsi eniten askarruttaa, ja miksi?” kysymykseen ”tunnetko itsesi terveeksi?” sijaan. Terveysneuvojan rooli oppimisen ja elämän tukijana, reflektiivisenä pohtijana ja toimijana mahdollistaa asiakkaan kasvun omaksi terveyskasvattajaksi (Poskiparta 1996, 91- 96).

3.2 Neuvonnan menetelmiä

Asiakkaiden tottumusten muuttaminen ei ole helppoa, siksi elämäntapaohjaus on haastavaa. Vaikuttavien elämäntapaohjausmenetelmien kehittäminen on haaste sekä tieteelle, että käytännön ohjaustyölle. Tämän vuoksi elämäntapaohjaukseen pyritään jatkuvasti kehittämään uusia interventioita moni ammatillisissa tiimeissä. Neuvontamenetelmien toteutumisesta neuvontatyössä tarvitaan lisätutkimusta, jotta menetelmien yhteys liikunta- aktiivisuudessa ja käyttäytymisessä tapahtuneisiin muutoksiin voitaisiin osoittaa luotettavasti. Neuvonnan terveysvaikutukset ovat yleensä välillisiä ja niitä havaitaan vasta, kun käyttäytyminen on muuttunut riittävän paljon ja jatkunut riittävän pitkän ajan. (Fogelholm 2005, 216.)

Useat epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että terveysliikuntaneuvonnalla voidaan lisätä riittävästi liikkuvien fyysistä aktiivisuutta (Vähäsarja 2004, 82). Yksilön liikuntakäyttäytymisen tutkimiseksi on kehitetty useita teorioita, joiden avulla pyritään selventämään käyttäytymisen muodostumisen prosessia. Albert Banduran luomassa sosiaaliskognitiivisessa teoriassa (social cognitive theory) ajatellaan henkilön käyttäytymisen muodostuvan sisäisten tekijöiden, kuten persoonallisten tekijöiden ja ympäristön vuorovaikutuksesta. (Tuki 2007, 18.) Teoria tarkastelee niitä psykososiaalisia tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen ja menetelmiä, joiden avulla voidaan edistää käyttäytymisen muuttumista. Teorian mukaan motivaatio tietyllä käyttäytymiselle muodostuu kolmen käsityksen mukaan, joita ovat tilannesidonnaiset riskikäsitykset, toiminnan tuloksellisuuden käsitykset ja yksilön käsitykset omasta pystyvyyden tunteesta. (Mäki-Opas 2009, 8.)



Kuvio 2. Terveyskäyttäytymisen muodostuminen Albert Banduran mukaan, Mäki-Opas 2009

Tilannesidonnaiset riskitekijät tarkoittavat käsityksiä siitä, mitä tilanteesta seuraa, jos siihen ei henkilökohtaisesti puututa. (Kuvio 2.) Toiminnan tuloksellisuuden käsitykset pitävät sisällään niitä odotuksia, joita aiheutuu oman toiminnan seurauksista ja pystyvyyden tunne pitää sisällään yksilön käsityksiä omasta pystyvyydestään suorittaa jokin toiminta onnistuneesti. (Mäki- Opas 2009, 9.)

Fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja muutosten ylläpito on todettu erittäin haastavaksi tehtäväksi neuvontatyössä. Liikuntakäyttäytymisen muutosta tukevat erityisesti neuvonnan intensiivisyys, muutosprosessin tukeminen ja pitkäaikainen seuranta. Terveysliikuntaneuvonnassa käytetään apuna kahta mallia, Precede- mallia ja transteoreettista muutosvaihemallia, joita tarkastellaan tarkemmin seuraavaksi.

3.2.1 Precede- malli

Lawrence Greenin (2005) kehittämää Precede - Proceed- mallia käytetään apuna, kun halutaan määrittää terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tarpeita. Mallin avulla voidaan paremmin suunnitella ja arvioida liikunnan edistämistä ja toteutumista. (Vuori 2008a, 103.)

Ihmisten liikuntakäyttäytymisessä on huomioitava psykologista, sosiaalipsykologista, kasvatustieteellistä, sekä sosiologista näkökulmaa. Liikunnallisesti passiivisten ihmisten tarkastelussa on hyödynnetty terveyskäyttäytymisen psykologiaa, jonka avulla on mahdollista tunnistaa liikunnan aloittamisen ja harjoittamisen ennustavia psykologisia tekijöitä, kuten asenteita, odotuksia, ai-
komuksia ja valintoja. Neuvonnassa tulee huomioida asiakkaan käyttäytymisen altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat tekijät (Kuvio 3). Käyttäytymistä säätelevien seikkojen huomioiminen luo hyvän perustan liikuntaneuvonnalle ja liikunnan edistämiseksi. (Rahko 2010, 15.)

Altistavia tekijöitä	Mahdollistavia tekijöitä	Vahvistavia tekijöitä
<ul style="list-style-type: none">• Tiedot• Asenteet• Arvot• Normit• Tiedostaminen• Odotukset• Kokemukset• Havainnot• Tuntemukset• Mieliala	<ul style="list-style-type: none">• Palvelut• Ohjelmat• Taidot• Terveys ja kunto• Koettu pystyvyys, voimavarat• Aika	<ul style="list-style-type: none">• Yhteisön ja ympäristön asenteet , tuki ja käyttäytyminen• Liikunnan tuottamat kokemukset ja vaikutukset• Kannusteet

Kuvio 3. Liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä Greenin PRECEDE- mallin mukaan, Vuori 2008

Altistavat tekijät liittyvät liikunnan aloittamiseen ja kokeiluvaiheeseen, jolloin uskomukset, asenteet, arvot, sekä käsitykset muodostavat asennekäyttäytymismalleja mahdolliselle muutokselle. Mahdollistaviin tekijöihin sisältyy oleellisesti ihmisen liikuntataidot, terveydentila, kunto ja käytössä olevat voimavarat ja resurssit. Eräs tärkeimmistä käyttäytymistä ohjaavista tekijöistä on pystyvyyden tunne, joka on yksilön oma arvio kyvystään ja taidoistaan suorittaa tietty toiminta onnistuneesti (Mäki- Opas 2009, 6).

Myös palveluiden ja ympäristön tarjoamat edellytykset liikunnan aloittamiselle vaikuttavat merkittävästi käyttäytymiseen. Vahvistavat tekijät muodostuvat sosiaalisesta verkostosta ja sen tuomasta tuesta. Lisäksi vahvistavia tekijöitä ovat toisilta saatu palaute ja kannustus, sekä omakohtaiset positiiviset elämykset. (Rahko 2010, 16.)

3.2.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Fyysisen aktiivisuuden muutosta pyritään tukemaan liikuntaneuvonnassa mm. transteoreettisen muutosvaihemallin (TTM) avulla. Malli on kehitetty jo 1970- luvulla Prochaskan ja DiClementen tutkimusten pohjalta. Mallin avulla pystytään lisäämään ymmärrystä asiakkaan liikuntakäyttäytymisestä ja sen muutoksista. (Ahtiainen & Nousianen 2010, 13.)

Muutosvaihemallin käyttö terveystieteiden liikuntaneuvonnassa on lisääntynyt huomattavasti viime vuosina, mutta mallin vaikuttavuudesta ei vielä ole riittävästi näyttöä. Aiemmissa tutkimuksissa on esitetty, että TTM- malliin perustuva liikuntaneuvonta saattaa olla muita neuvontakäytäntöjä vaikuttavampi asiakkaiden fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä, mutta näyttö ei vielä ole ollut riittävän vahvaa. Liikuntaneuvontaan ja liikuntakäyttäytymisen muutokseen liittyvä tutkimus on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana ja etenkin viime vuosina liikuntainterventioissa on sovellettu enenevässä määrin TTM- mallia. (Vähäsarja 2004, 83.)

Liikuntatapojen muutosprosessien tukeminen edellyttää asiantuntijalta käsitystä siitä, missä muutosvaiheessa asiakas on. Elämäntapamuutos pitää sisällään tiettyjä vaiheita, joiden aikana asiakkaan valmius ja motivaatio muuttaa sen hetkistä käyttäytymistä. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Liikuntakäyttämisen muutosvaiheet - ja prosessit, sekä neuvontamenetelmät asiakkaan eri vaiheissa, Ahtiainen & Nousiainen 2008

MUUTOSVAIHE	VAIHEEN KU- VAUS	MUUTOSPROSESSIT (1-5 kokemusperäiset) (6-10 toiminnalliset)	NEUVONTA- MENETELMÄT
Esiharkinta	Ei tiedä, halua tai usko pystyvänsä muutokseen	1. Tietoisuuden lisääntyminen 2. Itsensä uudelleenarviointi	Aktiivisuustason arviointi ja neutraali informaatio
Harkinta	Tiedostaa tarpeen, mutta ei valmis muuttamaan käyttäytymistään	3. Ympäristön uudelleenarviointi 4. Dramaattinen tapahtuma (esim. sairastuminen)	Keskustelu muutoksen haittoista ja hyödyistä → ongelmanratkaisu
Valmistelu	Motivoitunut ja lisää tai tekee muutoksia käyttäytymisessään	5. Sosiaalinen vapautuminen 6. Ratkaisun tekeminen	Tuen kartoitus, tavoitteiden ja suunnitelmien laatiminen
Toiminta	Muutospäätös ja sitoutuminen Liikunnan lisääminen	7. Vaihtoehtoinen käyttäytyminen 8. Ärsykekontrolli 9. Vahvistaminen/palkitseminen	Positiivinen palaute, kannustus, repsahdusten huomioiminen, palkitseminen
Ylläpito	Säännöllistä liikuntaa vähintään puoli vuotta	10. Auttavat ihmissuhteet	Kannustus, motivointi

Asiakkaan muutosprosessi etenee sykleittäin, välillä eteenpäin ja välillä taaksepäin suuntautuen. Muutosvaiheisiin kytkeytyvät tietyt prosessit, jotka asiakas käy tavalla tai toisella läpi ennen siirtymistään seuraavaan vaiheeseen. Alkuvaiheissa on tärkeää, että asiakas itse tiedostaa muutostarpeen ja hänen tietoisuuttaan lisätään, sekä tuetaan päätösten tekemisessä. Tässä vaiheessa pohditaan asiakkaan kanssa muutoksesta aiheutuvia hyötyjä ja haittoja. Konkreettisia muutoksia käyttäytymisessä alkaa tapahtua, kun asiakas kokee muutoksen myönteisenä. Tällöin on tärkeää tukea käyttäytymisprosesseja esimerkiksi asettamalla konkreettisia tavoitteita ja laatimalla asiakkaalle toimintasuunnitelma. Elintapojen muutokseen kuuluvat olennaisesti myös repsahdukset. Ne eivät ole muutoksen jarruja, vaan niiden avulla asiakas oppii tunnistamaan muutosta vaikeutavia tilanteita ja siten auttaa asiakasta uuden toimintatavan omaksumisessa. (Honkanen 2010, 16- 17.)

Malliin on myöhemmin otettu mukaan muutoksen *tasot*, joiden avulla saadaan käsitys siitä, mitkä tekijät estävät muutosta ja mistä ei-toivottu käyttäytyminen on lähtöisin.

Käyttäytymiseen voivat olla syynä: 1) tiettyihin oireisiin tai tilannesidonnaisiin ongelmiin 2) virheellisiin tai haitallisiin ajatusmalleihin 3) sosiaalisten tilanteiden 4) ihmissuhteiden konflikteihin tai 5) psyyken sisäisiin konflikteihin liittyvät tekijät. Muutos millä tahansa tasolla voi johtaa muutokseen myös toisilla tasoilla. (Vähäsarja 2004, 2.)

Lisätutkimukset TTM- mallin soveltamisesta liikuntaneuvontaan ovat tarpeen. Fyysisen aktiivisuuden ja muutosvaiheiden mittausmenetelmien yhtenäistäminen ja validointi on edellytys malliin perustuvien tutkimusten vertailtavuudelle, luotettavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnille, sekä käytäntöön soveltamiselle. (Vähäsarja 2004, 87.)

3.3 Terveysliikunnan merkitys

Liikunnan edistäminen on osa terveyden edistämistä, jolla pyritään ensisijaisesti parantamaan väestön terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia. Liikunnalla on ehkäisevä vaikutus lukuisien sairauksien syntymisessä, hoidossa, kuntoutuksessa ja toimintakyvyn parantamisessa ja säilyttämisessä. Terveysliikunta tuottaa terveyttä hyvällä hyötysuhteella, eikä tavoittele parempaa suorituskkyä, kuten kuntoliikunta tai urheilu. (Heinonen 2011, 7.)

Kanadassa vuonna 2000 pidetyssä konsensussymposiumissa analysoitiin kerättyä tutkimusnäyttöä liikunnan ja terveyden yhteyksistä. Tuloksena saatiin vahvaa näyttöä fyysisen aktiivisuuden positiivisista verenpainevaikutuksista ja rasva-aineenvaihdunnan parantumisesta. (Heinonen 2011, 7). Yhdysvaltojen terveysvirasto julkaisi ensimmäisen kerran vuonna 2007 virallista tieteellistä näyttöä terveystliikunnan vaikutuksista. Näyttö rajattiin koskemaan fyysisen aktiivisuuden biologisia vaikutuksia. Aikuisilta ja iäkkäiltä saatiin vahvaa näyttöä siitä, että riski sairastua sepelvaltimotautiin, aivohalvaukseen ja tyypin 2- diabetekseen on pienempi kuin liian vähän terveyteensä liikkuvilla. Epäedullisen veren lipidiprofiilin sekä metabolisen oireyhtymän (MBO) riski on pienempi fyysisesti aktiivisilla ihmisillä. Liikunnan vaikutukset painonhallinnassa ja lihavuuden ehkäisyssä, sekä kognitiivisiin toimintoihin, kuten ajatteluun ja muistiin ovat tutkimuksen mukaan vahvoja. Liikunnalla näyttäisi myös olevan merkitystä paksunsuolen, - ja rintasyövän synnyssä. (Vuori 2008.b)

Liikunnalla on todettu olevan yhteyksiä hyvinvoinnin kokemiseen ainoana terveystottumuksista. Vahvimmin liikunta korreloi fyysiseen suorituskkyyn ja kuntoon. Fyysinen suorituskky on riippuvainen sydämen ja keuhkojen toimintakyvystä, lihaskudoksen määrästä ja lihasten verenkierron vilkkaudesta. Fyysisen harjoittelun on todettu parantavan sydämen leposykettä, kasvattavan sydänlihaksen massaa ja tehostavan sen hapenkäyttöä, sekä kasvattavan sydämen mi-

nuutissa pumpppaavan veren määrää. Fyysinen harjoittelu laskee verisuonten ääreisvastusta, parantaa energia- aineenvaihduntaa, sekä lihasten insuliiniherkkyyttä. (Heinonen 2011, 7.)

Liikunta vaikuttaa myös keskushermostoon ja tuottaa mielihyvää, virkistäytymistä ja rentoutumisen kokemuksia suorituksen aikana ja sen jälkeen. Säännöllinen liikunta helpottaa stressiä, mutta ei välttämättä estä pitkäkestoisen psyykkisen kuormituksen haittavaikutuksia. (Aho 2010, 17.) Oikein toteutettuna liikunta parantaa itsearvostusta ja mielialaa, sekä vähentää masentuneisuutta ja ahdistusta. Liikuntaa käytetään hoitomuotona yhä enemmän mielenterveyden kuntoutuksessa ja hoidossa. (Niemi 2007, 7.)

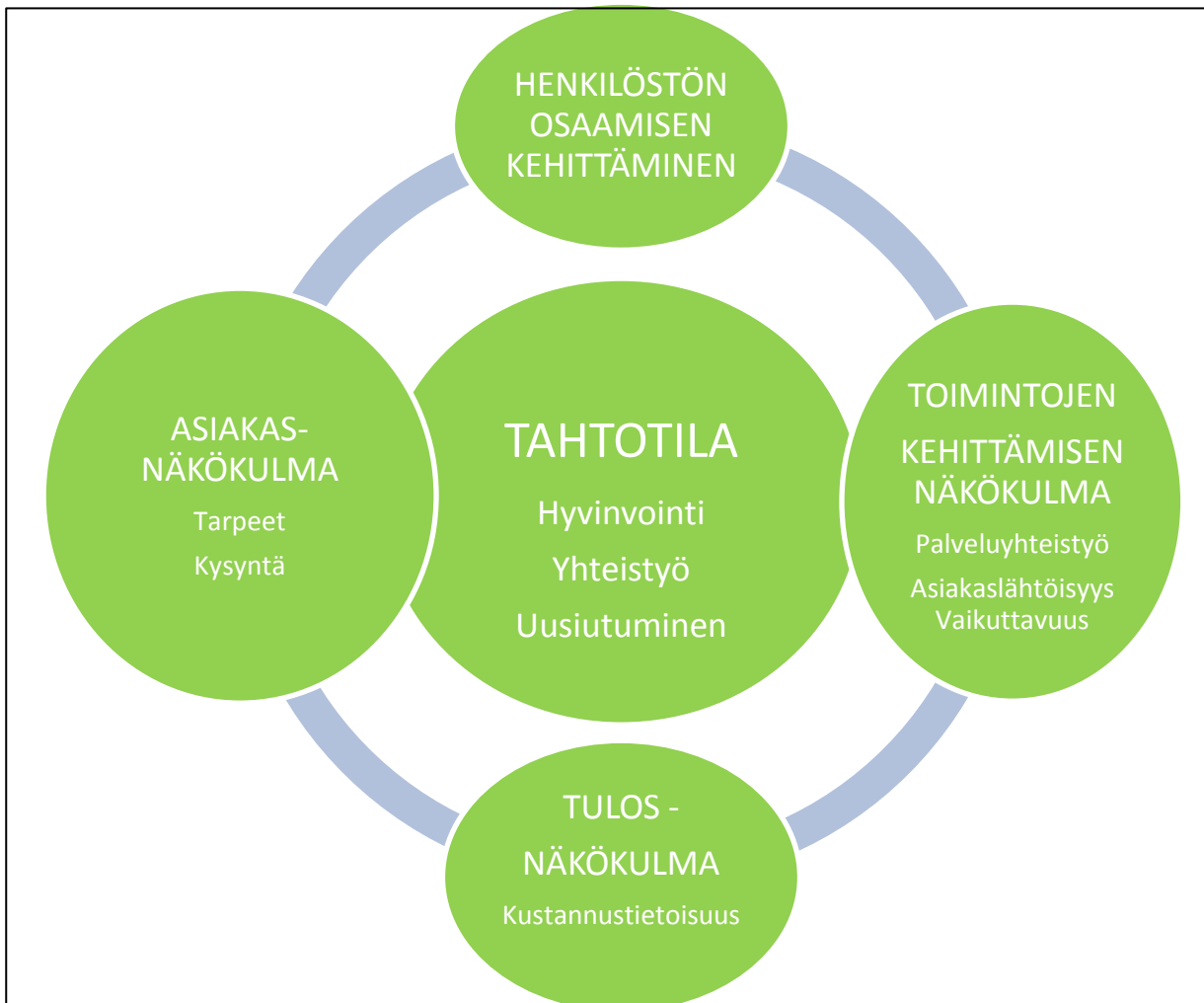
Fyysisen aktiivisuuden on todettu olevan yhteydessä myös parantuneeseen aineenvaihdunnan säätelyyn, tyyppin 2 diabeteksessa ja sillä on myös merkitystä osteoporoosin syntyyn ja siitä aiheutuvien murtumien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Väestötutkimuksessa on todettu vähäisellä liikunnalla olevan yhteyttä myös Alzheimerin taudin esiintymiseen. Kohtuullisen liikunnan tiedetään myös parantavan vireystilaa, unen laatua ja sillä on merkitystä ihmisen immuunijärjestelmään. (Aho 2010, 17.)

Liikkuminen ja ennen kaikkea lihaskuntoharjoittelun tiedetään ylläpitävän ikääntyvien lihaskudosta ja hidastavan lihasmassan surkastumista. Liikunnalla voidaan parantaa elämänlaatua ihmisen kaikissa elämänvaiheissa. Ennen kaikkea sillä on merkitystä ikääntyvien toimintakyvyn ja itsenäisen elämän säilyttämisessä. Liikunnan tiedetään myös pienentävän ennenaikaisen kuoleman riskiä. (Niemi 2007, 7.)

3.4 Yhteenveto teoriasta

Voidaan todeta, että elämäntapaohjauksella on merkittävyyttä paitsi yksilölle, niin myös yhteiskunnalle. Kansainväliset ja valtakunnalliset julkaisut ja suositukset korostavat eri ammattiryhmien ennaltaehkäisevää yhteistyötä ja palveluketjujen sujuvuutta. Kuntien strategioissa korostuvat innovatiivisuus, palvelujen- ja yhteistyön kehittäminen, sekä asiakaslähtöisyys.

Keravan kaupungin ns. tasapainotetussa tulokortissa korostuvat neljä näkökulmaa pyrittäessä tasapainoon strategisissa tavoitteissa; toimintojen- ja henkilöstön kehittäminen, asiakasnäkökulma, uusiutuminen, sekä hyvinvoinnin korostaminen. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Keravan kaupungin tulokortti, muokattu Keravan kaupungin strategian 2009- 2012 pohjalta

Terveysliikunnasta tehdyt tutkimukset antavat vahvaa näyttöä terveysliikunnan terveysvaikutuksista paitsi sairauksien ehkäisyssä, niin myös sairauksien hoidossa. Terveysliikuntaneuvonnan

menetelmistä tehdyssä tutkimukset osoittavat, että tranteoreettisen muutosvaihemallin käyttö neuvonnassa tehostaisi neuvonnan vaikuttavuutta. Neuvonnan antaminen edellyttää ammatti-henkilöltä ihmisen liikuntakäyttäytymisen ymmärtämistä ja käyttäytymisteorioiden, sekä eri neu-vonnassa käytettyjen menetelmien hallitsemista.

Opinnäytetyön tavoitteena on muun muassa nojata edellä esitettyyn teorial tietoon ja esittää lu-vussa 6.1 kehittämis ehdotuksia, joiden avulla pystyttäisiin kehittämään eri ammattiryhmien asia-kaslähtöistä yhteistyötä, palveluja, - ja palveluketjua.

4 Terveysten edistämisen yhteistyö Keravalla

Terveysten edistämisen yhteistyötä aloitettiin Keravalla vuonna 1999, jolloin sosiaali- ja terveystoimintajohdajana tuolloin toiminut Pekka Saarenmaa ja liikuntatoimintajohtaja Timo Leiso hakivat yhteistyölle erilaisia toimintamalleja. Liikkumisresepti- yhteistyöhanketta ehdotettiin yhteistyömalliksi vuonna 2000 ja monien vaiheiden jälkeen toiminta käynnistettiin vuonna 2004 kaupungin ennaltaehkäisevän työn toimikunnan (EHKY) myöntämän rahoituksen avulla. Liikuntapalvelun terveystoimintaneuvonta käynnistettiin syksyllä 2008 Keravan terveystalossa fysioterapian osaston kanssa yhteistyönä.

Valtakunnallista Liikkumisresepti-yhteistyöhanketta toteuttavat Suomen Reumaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Sydänliitto, UKK- instituutti, KKI- ohjelma ja Jyväskylän yliopiston terveysten edistämisen tutkimuskeskus. Hankkeen tarkoituksena on luoda toimiva käytäntö liikunnan hyödyntämiseksi osana perusterveydenhuollon toimintaa ja luoda edellytyksiä terveystoimintaneuvonnan palveluketjulle. (UKK- instituutti 2002.) Liikkumisresepti-yhteistyöhanke on kontrolloitu, liikkumiseen turvallisemmin ohjaava palvelun muoto. Hankkeen kohderyhmä ovat terveystoimintaneuvonnan asiakkaat, joilla on sellaisia sairauksia, joihin voidaan liikkumisen lisäämisellä myönteisesti vaikuttaa. Liikkumisreseptilomakkeen kirjoittaa lääkäri.

Tänä päivänä ei ole saatavilla tarkkaa tietoa siitä, kuinka monessa kunnassa liikuntaneuvontaa annetaan liikuntatoimien taholta. Suomessa kunnat luovat itselleen sopivia toimintamalleja ja käytänteitä omien resurssiensa puitteissa liikuntaneuvonnan järjestämiseksi.

4.1 Liikkumisresepti

Keravalla Liikkumisresepti-yhteistyöhanke on kaupungin Liikuntapalvelun, työterveyshuollon ja terveystoimen yhteistyöprojekti. Toiminta käynnistettiin keväällä 2004 ja otin syksyllä Keravalla työt aloittaessani päävastuun liikkumisreseptiläheteiden vastaanottajana Liikuntapalvelussa, sekä yhteistyön liikkumisreseptiläheteitä kirjoittavien lääkäreiden kanssa. Liikkumisresepti asiakkaita ottavat tarvittaessa vastaan myös muut Liikuntapalvelun liikunnanohjaajat.

Toiminta- ajatuksena on liian vähän terveyteensä nähden liikkuvien asiakkaiden tavoittaminen Keravan terveyskeskuksessa ja kaupungin työterveyshuollossa. Reseptejä on tähän mennessä kirjoitettu noin kolmesataa.

Lääkäri määrittelee potilasvastaanotolla asiakkaan terveydentilan, lääkityksen, sekä perusteet liikkumisreseptin kirjoittamiselle ja kirjaa tiedot liikkumisresepti- lomakkeeseen. Perusteita voivat olla mm. ylipaino, tuki, - ja liikuntaelinvammat, masennus, kohonnut verenpaine tai riski sairastua 2- tyypin diabetekseen. Keravalle luotiin oma resepti lomake- malli, johon lääkärin ei tarvitse kirjoittaa liikkumissuosituksia- ja ohjeistuksia, vaan sen tekee asiakkaan vastaanottava liikunnanohjaaja. Lääkäri sopii asiakkaan kanssa seurannasta ja toiminnan tavoitteista.

Asiakas varaa lääkärissä käynnin jälkeen henkilökohtaisen neuvonta- ajan Liikuntapalveluun. Liikunnanohjaajan tekemän haastattelun ja elämäntapojen kartoittamisen avulla selvitetään asiakkaan tarpeet, mahdollisuudet ja motivaatio liikkumisen mahdolliselle lisäämiselle. Asiakastiedot syötetään Tamron fit ware- ohjelmaan ja neuvontamenetelmät määräytyvät asiakaslähtöisesti asiakkaiden tarpeiden mukaan. Mittausmenetelminä voidaan käyttää hapenottokyvyn mittaamiseksi polkupyörä ergometriä, sekä vyötärön ympäryksen, - tasapainon, - liikkuvuuden ja lihasvoiman, sekä puristusvoiman mittausta. Liikkumis- kuntosali- tai kotivoimisteluoohjelmia tehdään asiakkaan tarpeen mukaan.

Tavoitteet ja toiminnan suunnitelmat tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja seurannasta sovitaan ensimmäisellä käynnillä. Asiakas ohjautuu takaisin lähettävälle lääkärille yleensä vuoden sisällä

ensimmäisestä lääkärikäynnistä. Tuolloin lääkäri määrittää asiakkaan terveydentilan uudestaan, keventää tarvittaessa lääkityksen määrää tai antaa lisäohjeita.

4.2 Terveysliikuntaneuvonta

Terveysliikuntaneuvonta toiminta aloitettiin Liikuntapalvelun ja fysioterapian osaston kanssa yhteistyönä syksyllä 2008 Keravan terveyskeskuksessa. Toiminta - ajatuksena on, että fysioterapeutit ohjaavat kunnan ylläpitovaiheessa olevia tuki-, ja liikuntaelinsairaita palveluketjussa eteenpäin liikunnanohjaajalle, joka antaa tietoa liikkumisen terveysvaikutuksista ja neuvontaa liikkumisen turvalliselle aloittamiselle. Aikaa neuvontaan ei tarvitse etukäteen varata ja neuvonta on asiakkaille maksutonta. Tavoitteena on, että asiakkaat saavat tietoa juuri itselleen sopivista terveysliikunnan muodoista ja lajeista, jotka ovat heidän terveydentilaansa ja ikäänsä soveltuvia. Toiminnan muita tavoitteita on vähentää fysioterapian osaston kuormittavuutta, tavoittaa terveytensä kannalta riittämättömästi liikkuvia, tarjota palveluita Liikuntapalvelusta ja muilta liikuntaa tarjoavilta tahoilta, sekä tukea omaehtoista liikkumista.

Liikunnanohjaajan työnkuvaani sisältyy terveysliikuntaneuvonta kerran kuukaudessa fysioterapia osaston tiloissa kaksi tuntia kerrallaan. Asiakas saa kehotuksen neuvontaan fysioterapeutilta, joka kertoo asiakkaalle toiminnasta saatavista hyödyistä, periaatteista ja neuvonnan ajankohdasta. Liikuntaneuvonnassa asiakkaalle varattu vastaanottoaika on n. 15 minuuttia, jolloin lyhyen haastattelun avulla pyrin saamaan tietoa asiakkaan toiveista ja tarpeista liikkumiseen liittyen. Osa asiakkaista ohjautuu neuvonnasta Liikuntapalveluun asiakkaakseni. Tuolloin neuvontaa pystytään antamaan syvällisemmin asiakkaan elämäntilanne huomioiden.

Liikuntaneuvonnassa käytetään UKK- instituutin 2009 ja Suomen MS- liiton yhdessä kehitettyjä ja laadittuja soveltavia liikuntapiirakoita. Ne sopivat niille asiakkaille, joilla jokin sairaus tai toimintakyvyn aleneminen vaikeuttaa liikkumista. Soveltavissa liikuntapiirakoissa on otettu myös huomioon ne asiakkaat, jotka liikkuvat apuvälinettä käyttäen tai pyörätuolilla. Soveltavissa liikuntapiirakoissa osa vaativammista lajeista on vaihdettu paremmin soveltuviksi liikuntamuodoiksi. (Kuvio 5.) Liikuntapiirakan avulla voidaan ottaa paremmin huomioon kunkin asiakkaan yksilölliset toimintakyvyn rajoitukset ja täytettävään versioon voidaan kirjata asiakkaan oma liikumissuunnitelma.



Kuvio 5. UKK- instituutin soveltava liikuntapiirakka liikuntaneuvonnassa

5 Kyselykartoitus

Kyselyn, joka oli osa opinnäytetyön produktia, tarkoituksena oli kartoittaa Keravan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan antaman terveystieteellisen neuvonnan yleisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, sekä selvittää terveystoimen ja Liikuntapalvelun yhteistyön - ja palvelujen, sekä palveluketjun kehittämistarpeita. Kyselyllä kerättiin tietoa hoitohenkilökunnan yleisistä terveystieteellisen neuvonnan käsityksistä, terveystieteellisen neuvontaa rajoittavista tekijöistä, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Kyselyn avulla selvitettiin myös, kuinka hyvin hoitohenkilökunta tietää Liikuntapalvelun tarjoamista palveluista. Kysymyksiä oli yhteensä 17 ja tuloksia raportoidessa niistä valittiin 6 lähempään tarkasteluun. Näistä kysymyksistä saatujen vastausten katsottiin olevan olennaisia luvussa 6.1 kehittämisehdotuksia esittäessä.

Seuraavassa on luetteloituna 6 lähempään tarkasteluun valittuja kysymyksiä:

- Kuinka paljon hoitohenkilökunta käyttää terveystieteellisen neuvontaa omassa työssään?
- Kuinka hyvin hoitohenkilökunta tietää terveystieteellisen neuvonnassa käytettävistä menetelmistä?
- Kuinka paljon ajanpuute rajoittaa hoitohenkilökunnan terveystieteellisen neuvontaa?
- Kuinka paljon päivitetyn tiedon puute terveystieteen neuvonnasta rajoittaa hoitohenkilökunnan terveystieteellisen neuvontaa?
- Kuinka paljon taito, taitoa käyttää terveystieteellisen neuvonnan menetelmiä, rajoittaa hoitohenkilökunnan terveystieteellisen neuvontaa?
- Kuinka hyvin hoitohenkilökunta tuntee Liikuntapalvelun palveluita?

5.1 Toteutus ja menetelmät

Kyselylomake jaettiin yhteensä 50 henkilölle. Valtaosa kyselyyn vastanneista oli naisia. Otokseen kuului sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, diabeteshoitajia, terveydenhoitajia, kouluterveydenhoitajia ja äitiys-, ja lastenneuvolan henkilökuntaa. Vastauksia raportoidessa ei eroteltu eri ammattiryhmiä tai sukupuolia toisistaan.

Aineistoa kerättiin kyselyyn laaditulla lomakkeella keväällä 2010. Kyselylomake laadittiin Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät - kirjan ohjeiden avulla ja tarkistettiin Haaga- Helia Ammattikorkeakoulun Vierumäen yksikön tutkimustyönohjaaja Timo Vuorimaalla. Kyselylomake tehtiin Keravan kaupungin webropol- ohjelmalla. Kysely lähetettiin verkkolomakkeena sähköpostilla saatekirjeen kanssa. Työvaiheen toimivuus testattiin ennen varsinaisen kyselyn lähettämistä. Sähköpostin kautta saadut vastaukset syötettiin excel- ohjelmaan, josta ne purettiin graafiseen muotoon edelleen tarkasteltavaksi.

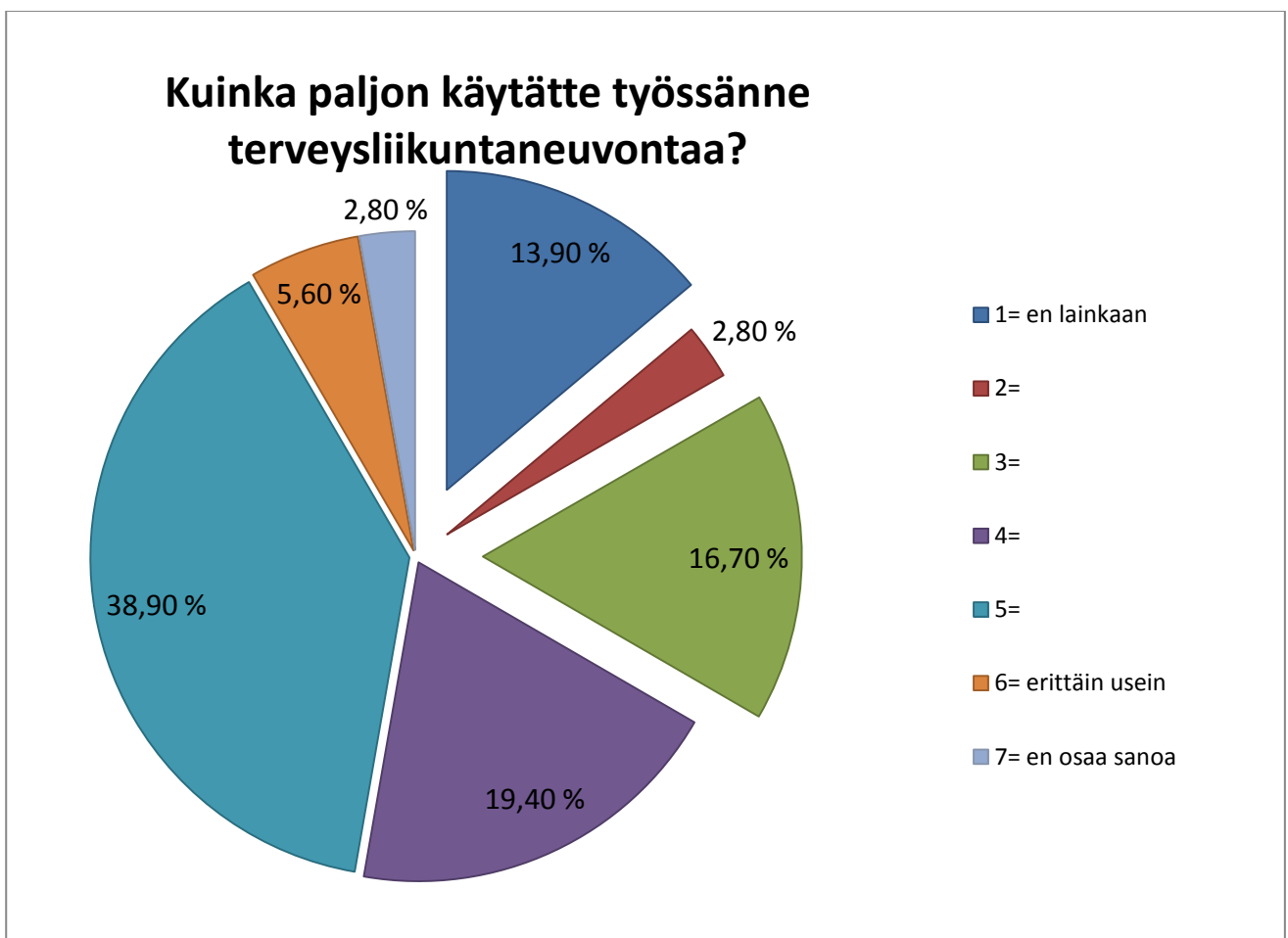
Mittarit, joilla tarkoitetaan kysymysten ja väitteiden kokoelmaa, rakennettiin *Likertin* - asteikoksi, jota sovellettiin pääsääntöisesti 7 -portaisena. (Vehkalahti 2008, 12). Kyselyyn vastasi yhteensä 38 Keravan terveyskeskuksen hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Vastausprosentti oli riittävä kertomaan valitun populaation terveystietokuntaneuvonnan yleisyydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Ainoastaan kysymykseen: ”Rajoittaako ajanpuute terveystietokuntaneuvonnan antamista työssänne?”, vastasi vain 40 % vastaajista. Muihin kyselyssä esitettyihin kysymyksiin vastasivat kaikki kyselyyn vastanneet.

Kyselykartoituksesta saadut tulokset on raportoitu ”Kyselyn tulokset” otsikossa allekkain. Graafisten taulukoiden selitteet ilmenevät tekstissä taulukoiden yläpuolelta.

5.2 Tulokset

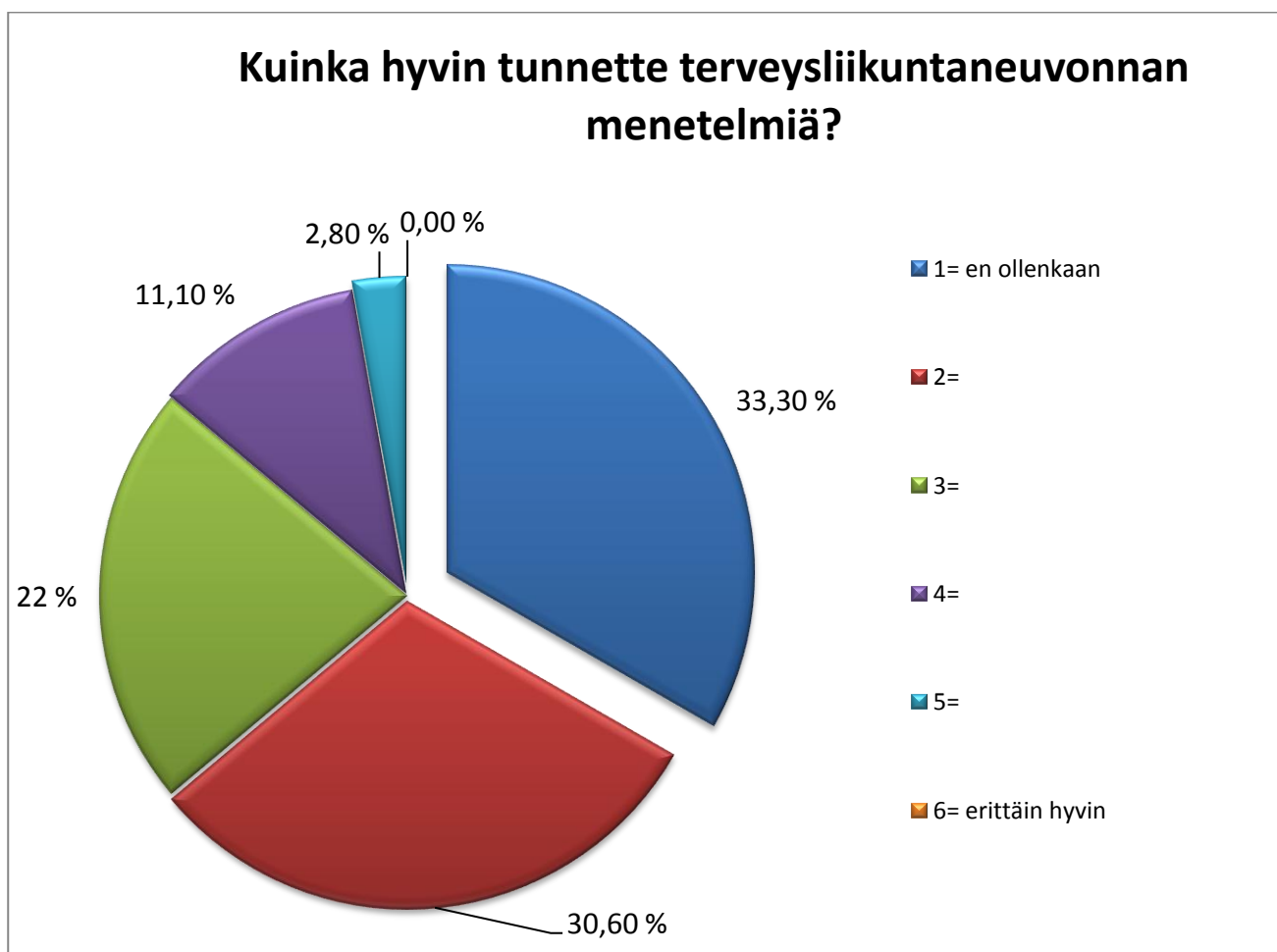
Taulukosta 4 ilmenee, että melkein 14 % vastaajista ei käytä lainkaan terveystieteiden neuvontaa omassa työssään. Vastaajista yhteensä n. 34 % ilmoitti, ettei käytä lainkaan tai ainoastaan jonkin verran terveystieteiden neuvontaa työssään. Ainoastaan 5,6 % ilmoitti käyttävänsä terveystieteiden neuvontaa erittäin usein työssään.

Taulukko 4. Terveystieteiden neuvonnan yleisyys, kyselyyn vastanneet



Taulukosta 5 ilmeni, että 33 % kyselyyn vastanneista ei tunne lainkaan terveysliikuntaneuvonnan menetelmistä. Vastaajista 30,6 % tiesi kohtalaisesti, 32 % tiesi melko hyvin tai hyvin ja 0 % vastaajista ilmoitti tietävänsä erittäin hyvin terveysliikuntaneuvonnan menetelmistä.

Taulukko 5. Terveysliikuntaneuvonnan menetelmien tunnettavuus, kyselyyn vastanneet



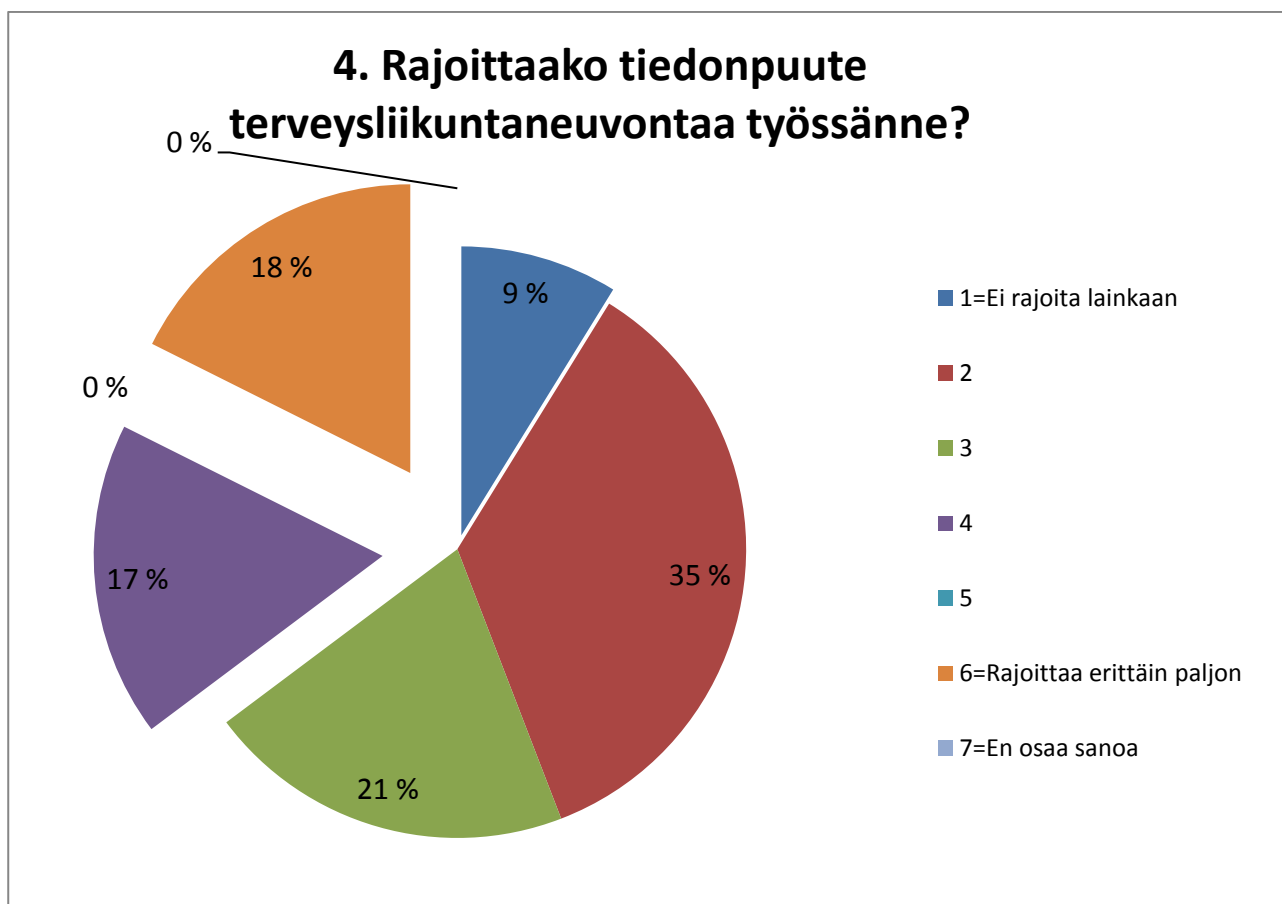
Taulukosta 6 ilmenee, että vastauksissa oli tasainen hajonta. Vastaajista 22 % ilmoitti, ettei aika ole rajoittavana tekijänä terveystietokuntaneuvonnan antamiselle ja n. 32 % ilmoitti, että aika on erittäin rajoittava tai rajoittava tekijä terveystietokuntaneuvonnan antamiselle. Ainostaan tähän kysymykseen vastasi n 40 % vastaajista. Tekijöistä, jotka vaikuttivat vastaamatta jättämiseen, ei pystytty selvittämään tässä kyselykartoituksessa.

Taulukko 6. Ajan puute rajoittavana tekijänä terveystietokuntaneuvonnassa, kyselyyn vastanneet



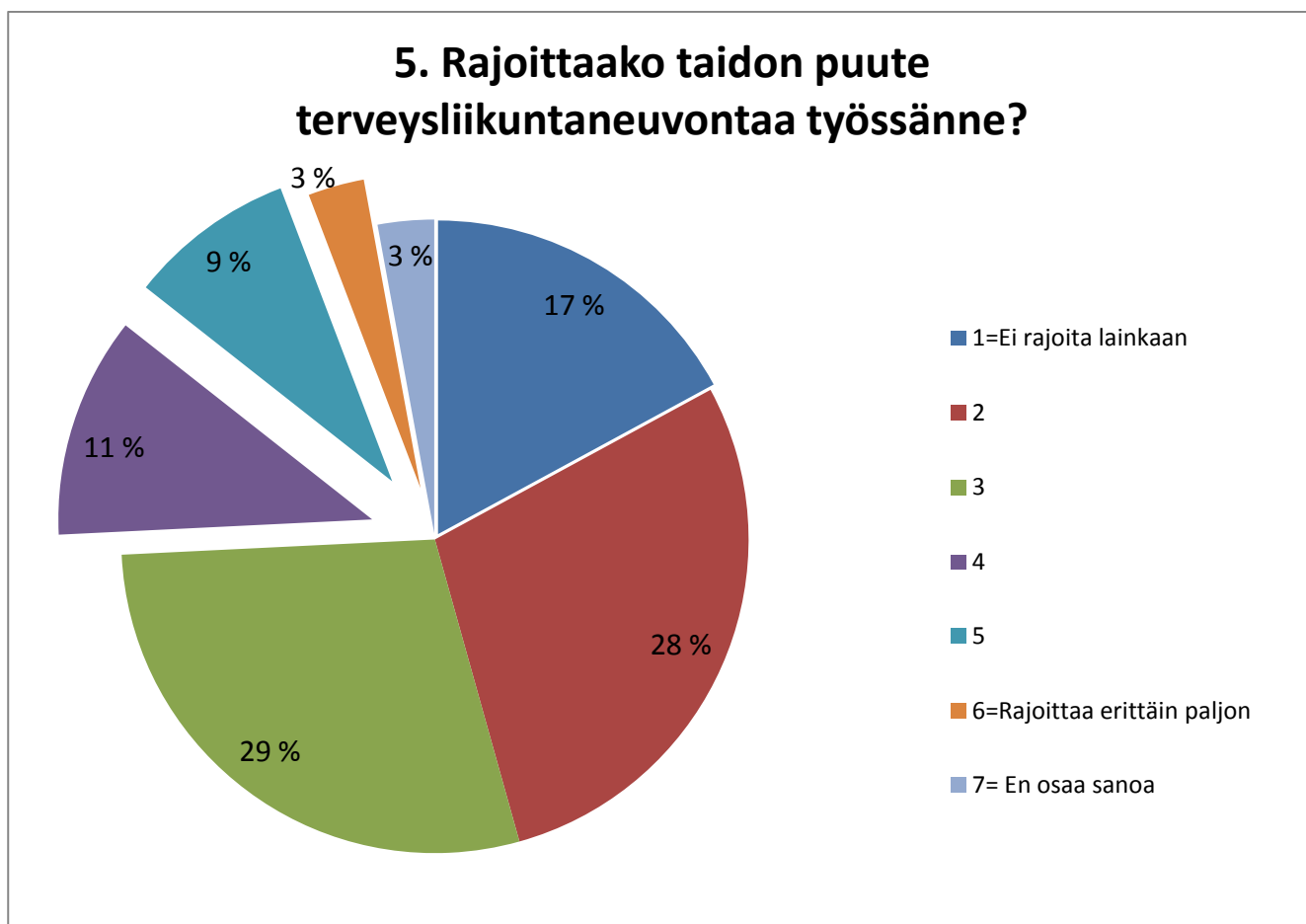
Taulukosta 7 ilmenee, että 65 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei tiedon puute terveystietokunnasta rajoita merkittävästi terveystietokuntaneuvonnan antamista. Vastanneista n. 35 % ilmoitti, että tiedon puute rajoittaa erittäin paljon tai paljon terveystietokuntaneuvonnan antamista.

Taulukko 7. Tiedonpuute rajoittavana tekijänä terveystietokuntaneuvonnassa, kyselyyn vastanneet



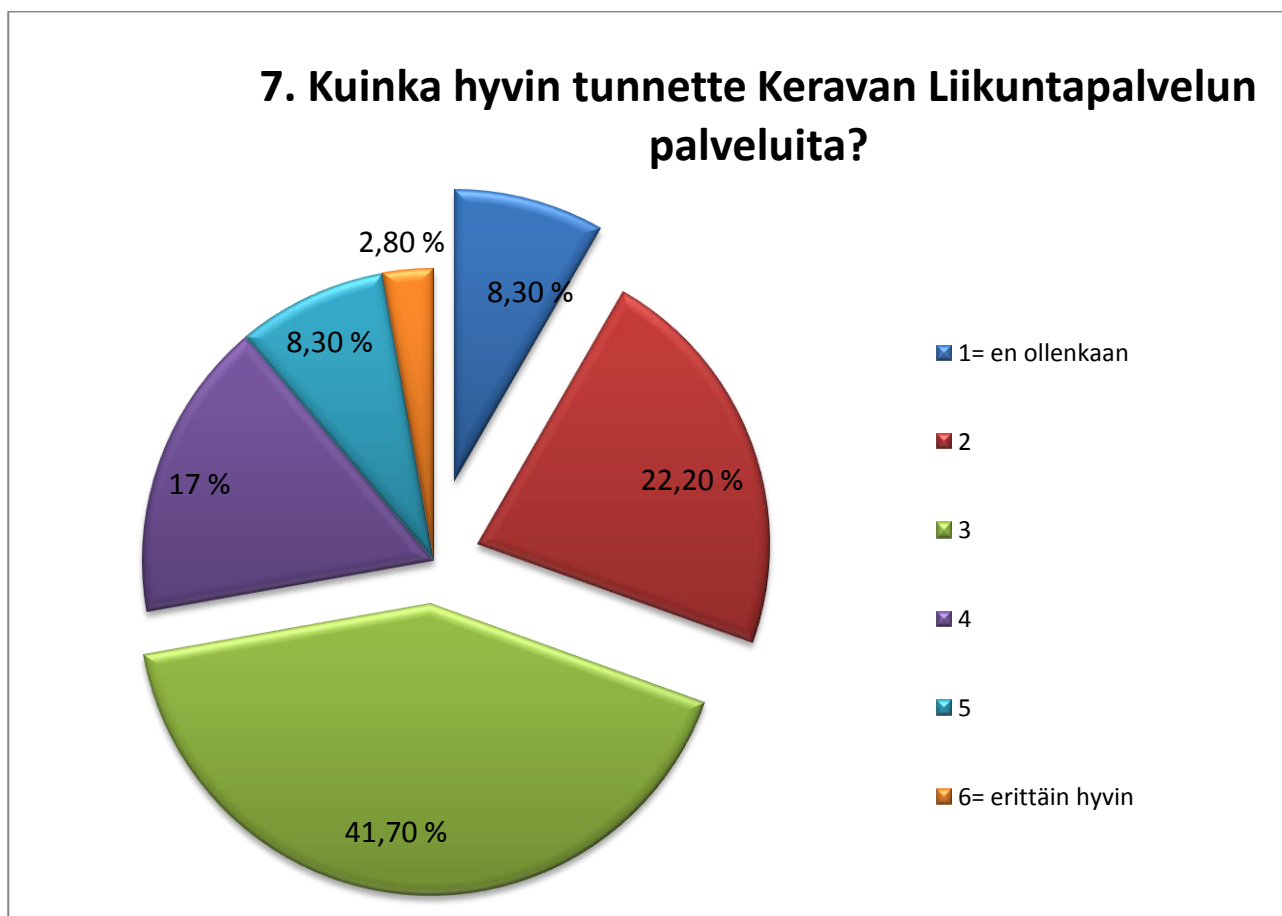
Taulukosta 8 ilmenee, että vastaajista n. 25 % oli sitä mieltä, että taidon puute rajoittaa erittäin paljon tai paljon terveysliikuntaneuvonnan antamista. Vastaajista 74 % ilmoitti, ettei taidon puute rajoita merkittävästi neuvonnan antamista.

Taulukko 8. Taidon puute rajoittavana tekijänä terveysliikuntaneuvonnassa, kyselyyn vastanneet



Taulukossa 9 ilmenee, että vastaajista 72 % ei tiedä lainkaan tai melko vähän Liikuntapalveluiden palveluista. 41 % vastaajista ilmoitti tietävänsä kohtalaisesti palveluista ja hyvin tai erittäin hyvin ilmoitti tietävänsä ainoastaan 10 % vastaajista.

Taulukko 9. Keravan Liikuntapalvelun palveluiden tunnettavuus, kyselyyn vastanneet



Taulukossa 10 on yhteenvetona esitetty kolme prosentuaalisesti merkittävintä hoitohenkilökunnan terveystoimintaneuvontaa rajoittavaa tekijää. Keravan Liikuntapalvelujen tarjoamista tiedettiin kaikkein vähiten. Kyselyyn vastanneista 72 % ilmoitti, ettei tiedä lainkaan tai melko vähän Liikuntapalvelun tarjoamista palveluista. Toiseksi eniten n. 35 % ilmoitti, että päivitetyn tiedon puute rajoittaa erittäin paljon tai melko paljon terveystoimintaneuvontaa. Kolmanneksi eniten, n. 23 % koki, että terveystoimintaneuvonnassa käytettyjen menetelmien puute rajoittaa erittäin paljon tai paljon terveystoimintaneuvontaa. (Kuvio 10.)

Koska kysymykseen ”Rajoittaako ajanpuute terveystoimintaneuvontaa omassa työssänne” vastausprosentti oli ainoastaan 40 %, jätettiin sen tarkastelu huomioimatta yhteenveto taulukosta.

Taulukko 10. Yhteenveto hoitohenkilökunnan terveystoimintaneuvontaa rajoittavista tekijöistä



6 Pohdinta

Keskustelu elämäntapojen vaikutuksista terveydenhuollon kasvaviin menoihin sekä kansalaisten työ- ja toimintakykyyn kiihtyy kokoajan. Kasvavien kustannusten hillitsemiseksi laaditut raportit esittelevät erilaisia vaihtoehtoja ihmisten elämäntapojen parantamiseksi. Poliitikot ovat jopa esittäneet potilasmaksuihin korotuksia epäedullisten elämäntapojen vuoksi. (Turku 2007, 15.) Tämä tuntuu äärimmäiseltä keinolta, jotta saataisiin ihmiset kiinnittämään huomiota omiin elämäntapoihinsa ja mahdollisuuksiinsa muuttaa niitä. Voitaisiin väittää, ettei kukaan tietoisesti elä ”huonosti” ja sen seurauksena sairastu, vaan kyse on paljon monimutkaisemmista asioista ihmisten terveyskäyttäytymisessä ja siihen liittyvissä tekijöissä. Olisi vaikeaa näyttää toteen mitkä tekijät sairastavuudessa ovat ns. itse aiheutettuja ja mitkä eivät. Mistä voitaisiin päätellä, että ihminen on laiminlyönyt omaa terveyttään peräti laiskuuttaan ja välinpitämättömyyttään, vai voisiko syynä olla ihmisen vaikea elämäntilanne. Kuinka potilasmaksut pystyttäisiin määrittelemään oikeudenmukaisesti? Onhan mahdollista, että ihminen sairastuu hyvistä elämäntavoista huolimatta. Poliitikkojen esitysten tarkoituksena on todennäköisesti synnyttää keskustelua hoivayhteiskunnan tilasta, jossa ihmiset saavat hoitoa ja palveluita siitä huolimatta, osallistuvatko itse terveytensä hoitoon noudattamalla terveellisiä elämäntapoja tai annettuja ohjeita.

On olemassa vahvaa tutkimusnäyttöä pelkästään tutkimushenkilöiden itsensä tekemillä elämäntapamuutoksilla mm. suurten kansansairauksien, sydän- ja verisuonitautien, sekä diabeteksen ehkäisyssä. Suomalaisessa diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa (DPS) tyypin 2 diabetesriski väheni 58 % niillä henkilöillä, jotka laihtuivat keskimäärin 4 kg, lisäsivät liikuntaa ja tekivät laadullisia muutoksia ruokavaliossaan. Lääkkeettömän hoidon teho ja elämäntapojen vaikutukset terveydenhuollon kasvaviin menoihin tunnustetaan jo yleisesti. (Turku 2007, 11).

Hyvinvointi- indikaattoreiden ja elämäntapamuutosten seurannan kehittämällä pystyttäisiin näyttämään toteen elämäntapamuutoksista saatavia hyötyjä, vaikka se onkin erittäin haastavaa.

Terveydenhuollon kentällä on keskusteltu asiakastietojen saatavuuden helpottamista asiakkaan itsensä käyttöön, joka lisäisi asiakkaan omaa vastuuta ja asiantuntijan roolia suhteessa itsehoitoon ja hoidon vaikuttavuuden seurantaan. Sähköisillä omaseuranta - ja itsehoitopalveluilla voidaan tulevaisuudessa tukea asiakkaita ottamaan entistä aktiivisempi rooli terveydentilansa suhteen. Asiakkaat voisivat oman tietokoneensa kautta seurata kuntonsa ja terveydentilansa kehittymistä ja niiden pohjalta tehtyjä yhteenvetoja. (Turku 2007, 20.)

Lääkärit ehtivät harvemmin puuttumaan ihmisten epäedullisiin elämäntapoihin ja niistä johtuviin oireisiin ja sairauksiin lyhyellä vastaanottoajalla, vaikka tehtyjen tutkimusten mukaan suhtautuvat myönteisesti elämäntapaohjaukseen. Esimerkiksi vuonna 2002 15 % suomalaisista aikuisista sai lääkäriltä tai hoitohenkilökunnalta kehotuksen lisätä liikuntaa (Vähäsarja 2004, 82.) Maailmankuulusta parannus tavasta - suggestiosta tunnettu - ranskalainen lääkäri (Emile Coue, 1918, 38) kirjoitti kirjassaan jo vuosisadan alussa: ” Olen sitä mieltä, että joka kerta, kun sairas etsii lääkärin apua, on tämän annettava hänelle yhtä ja toista lääkettä, vaikkei ne olisi tarpeellisiaakaan, sillä itse asiassa sairas tulee lääkäriltä hakemaan terveeksi tekeviä lääkkeitä. Hän ei tiedä useinkaan, että parantumisen tärkeimmät tekijät ovat hänen saamansa terveydenhoito, - ruokajärjestys- ym. ohjeet. Niihin hän ei kiinnitä huomioita. Läkettä hänen pitää saada.” Liikkumisresepti on lääkäreiden työkaluna lisävaihtoehto elintapasairauksista aiheutuvien oireiden ja sairastavuuden hoidossa. Liikkumisreseptin käytön laajentaminen ja juurruttaminen osaksi lääkäreiden toimenkuvaa näyttäisi tehtyjen tutkimusten mukaan lisäävän mahdollisuuksia taivottaa liikkumatonta väestöä. Suurin haaste on lisätä lääkäreiden tietoutta liikkumisreseptistä ja terveysliikuntaneuvonnasta. Lääkäreiden vaihtuvuus näyttäisi lisäävän tarpeita tiedottamiselle myös paikallistasolla

Keravan kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn tavoitteena oli kartoittaa terveysliikuntaneuvonnan yleisyyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, sekä yhteistyön- ja asiakaslähtöisen palveluketjun kehittämisen tarpeita. Tehdyssä kyselyssä ei kartoitettu terveysliikuntainterventioiden ja menetelmien laadullista merkittävyyttä.

Tulosten luotettavuus perustui vastaajien omiin arvioihin ja tulkintoihin. Kyselyn perusteella ei pystytty ilmaisemaan tarkkoja totuuksia, vaan ainoastaan todennäköisyyksiä. Tulokset antoivat kuitenkin hyvän kokonaiskuvan terveystietokuntaneuvonnan tilasta ja olivat samansuuntaisia, kuin jo aikaisemmin tehdyissä tutkimuksissa.

Tässä opinnäytetyössä toteutetun kyselytutkimuksen päälöydöksenä voidaan pitää sitä, että vastaajista 14 prosenttia ei käyttänyt lainkaan ja 35 prosenttia käytti jonkin verran tai kohtalaisesti terveystietokuntaneuvontaa työssään. Vastausten pohjalta ei kuitenkaan saatu yksiselitteisiä syitä niistä tekijöistä, jotka vaikuttivat terveystietokuntaneuvontaan. Käsitteen tarkempi täsmentäminen ja määrittely olisivat antaneet yksityiskohtaisempaa tietoa ja lisänneet siten kartoituksen luotettavuutta. Voidaan kuitenkin todeta, että terveystietokuntaneuvontaa voitaisiin yhteisesti sovitulla käytännöllä ja tiedon lisäämisellä tehostaa hoitohenkilökunnan antamassa neuvontatyössä.

Kyselyn pohjalta voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnalla on kohtalaisen hyvin aikaa terveystietokuntaneuvonnalle. Hieman alle puolet vastaajista ilmoitti, ettei ajanpuute ollut merkittävästi rajoittavana tekijänä terveystietokuntaneuvonnan antamiselle. Lisätutkimuksia tarvittaisiin, jotta saataisiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: Kuinka paljon vastaanottoajasta käytetään terveystietokuntaneuvontaan? Annetaanko neuvontaa jokaisella vastaanotolla? Mitkä ovat perusteita terveystietokuntaneuvonnan antamiselle? Neuvonnan vaikuttavuus vaatii onnistuakseen aikaa ja paneutumista asiakkaan tarpeisiin, joten hoitohenkilökunnalla näyttäisi olevan paremmat ajalliset edellytykset neuvonnan antamiselle, kuin lääkäreillä.

Kyselystä selvisi, että n. 25 % vastanneista oli sitä mieltä, että tieto terveystietokuntaneuvonnassa käytettävistä menetelmistä rajoittaa neuvonnan antamista erittäin paljon tai paljon. Lisätutkimuksia tarvittaisiin, jotta pystyttäisiin vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: Minkälaisia neuvonnan menetelmiä hoitohenkilökunta käyttää työssään? Ovatko menetelmien vaikuttavuus mitattavissa? Minkälaisilla menetelmillä niitä voitaisiin mitata? Onko hoitohenkilökunnalla yleinen ohjeistus siitä, mitä terveystietokuntaneuvonnan tulisi sisältää ja miten sitä annetaan?

Paitsi terveydenhuollon, niin myös terveystieteiden kenttä elää jatkuvassa muutoksessa. Uusia haasteita riittää kaikille ammattiryhmille. Suositukset muuttuvat ja uutta tutkimustietoa saadaan jatkuvasti lisää alan työntekijöiden hyödynnettäväksi. Kyselyyn vastanneista n. 35 prosenttia ilmoitti, että päivitetyn tiedon puute rajoitti erittäin paljon tai paljon terveystietoneuvonnan antamista. Kyselyn tulos osoittaa, että tarvittaisiin päivitettyä tietoa terveystieteiden, terveystieteiden suosituksista ja neuvonnassa käytettävistä menetelmistä. Se tukisi hoitohenkilökunnan antamaa neuvontaa ja siten neuvonnan antaminen koettaisiin turvallisiksi.

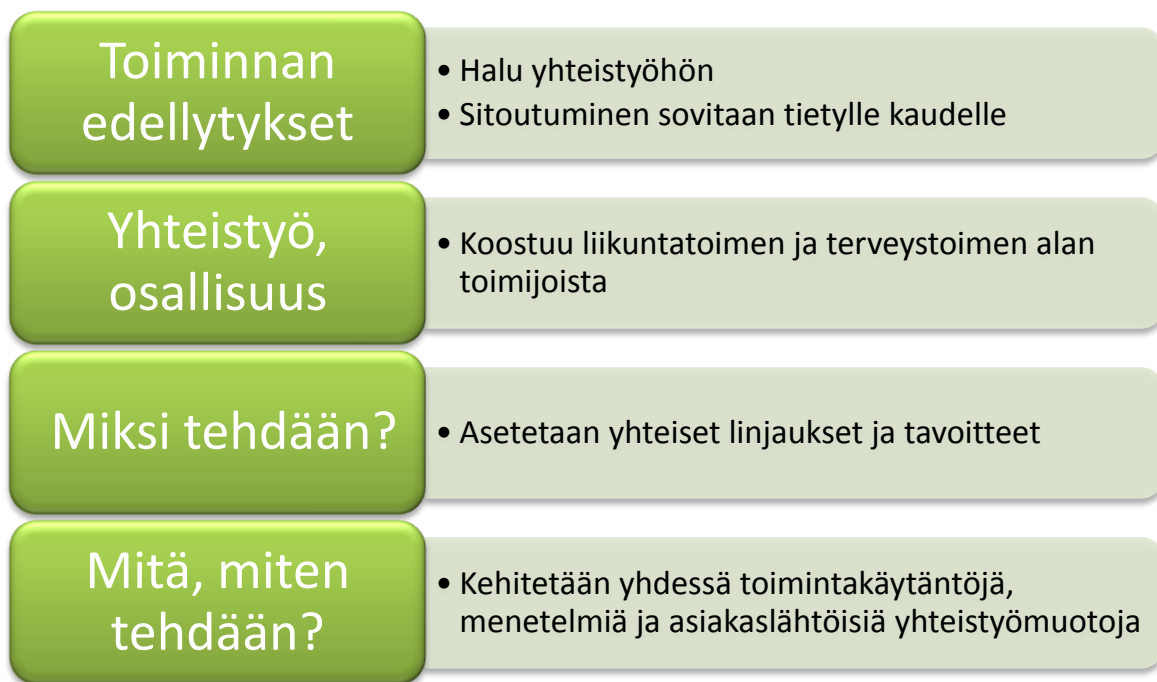
Kyselyn perusteella voidaan todeta, ettei tiedottaminen liikuntaryhmistä- ja paikoista tavoita hoitohenkilökuntaa riittävästi. Jopa 72 % vastaajista ilmoitti tietävänsä Liikuntapalveluiden palveluista keskimääräistä vähemmän. Liikunnanpalvelun tarjoajia on Keravalla useita ja myös niiden tarjoamista palveluista tiedetään yleisesti ottaen liian vähän. Yhteistyöllä kolmannen sektorin, kuten seurojen, järjestöjen ja yhdistysten kanssa, pystyttäisiin lisäämään terveystoimen henkilökunnan tietämystä kaikista Keravalla tarjottavista terveystieteidenpalveluista.

Saadut tulokset osoittavat, että Liikuntapalvelun ja terveystoimen yhteistyölle olisi tehdyn kyselykartoituksen perusteella kehittämistarpeita. Luvussa 6.1 esitetään kehittämisohdotuksia terveystietoneuvonnan tehostamiseksi, yhteistyön vahvistamiseksi, sekä palveluketjun parantamiseksi. Tehty kysely on mahdollista käyttää mallina mahdollista laajempaa ja tarkennettua mielipidetutkimusta varten yhteistyöstä saatujen kokemusten pohjalta. Lääkäreille suunnatussa kyselyssä voitaisiin kartoittaa mielipiteitä ja kokemuksia Liikkumisreseptistä ja sen toimivuudesta, sekä palveluketjun sujuvuuteen vaikuttavista tekijöistä.

6.1 Terveysliikunnan palveluketjun kehittämis ehdotuksia

Teoriaan, tehtyihin tutkimuksiin, muiden kuntien yhteistyömalleihin, kokemuksiin ja hoitohenkilökunnalle tehtyyn kyselykartoitukseen nojaten esitetään kehittämis ehdotuksia terveysliikunnan palveluketjun kehittämiseksi. Ehdotuksia ei kehitelty pidemmälle, koska katsottiin, että jatkotoimenpiteitä ajatellen niistä tulisi käydä keskustelua eri toimijoiden kesken ja miettiä Keravalle toteutettavissa olevia mahdollisuuksia tämänhetkiset resurssit huomioiden. Kehittämis ehdotuksia esitettiin liikuntatoimenjohtaja Päivi Valtoselle ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtaja Minna Heleniukselle ja heiltä saatuja näkemyksiä otettiin huomioon ehdotuksia laadittaessa.

Yhteistyön kehittämisen edellytyksenä esitetään terveysneuvonnan- ja terveystoimen työryhmän muodostamista, joka koostuisi sekä terveystoimen, että Liikuntapalvelun ammattiryhmistä. Työryhmä kokoontuisi säännöllisin väliajoin ja sitoutuisi yhdessä sovitulle toimintakaudelle. (Kuvio 5.)



Kuvio 6. Esimerkkikuvio Liikuntapalvelun ja terveystoimen yhteistyön- ja palveluketjun kehittämiseksi

Yhteistyökoordinaattorin työnkuvaan voitaisiin katsoa kuuluvan tiedottaminen terveystietokunnan palveluista ja terveystietokuntaneuvonnasta, tiedon jakaminen liikunnan biologisista, fyysisistä ja sairauksia ehkäisevistä vaikutuksista, eri liikuntalajeista ja niiden terveystietovaikutuksista, sekä liikunnan ja painonhallinnan yhteyksistä. (Kuvio 6.)

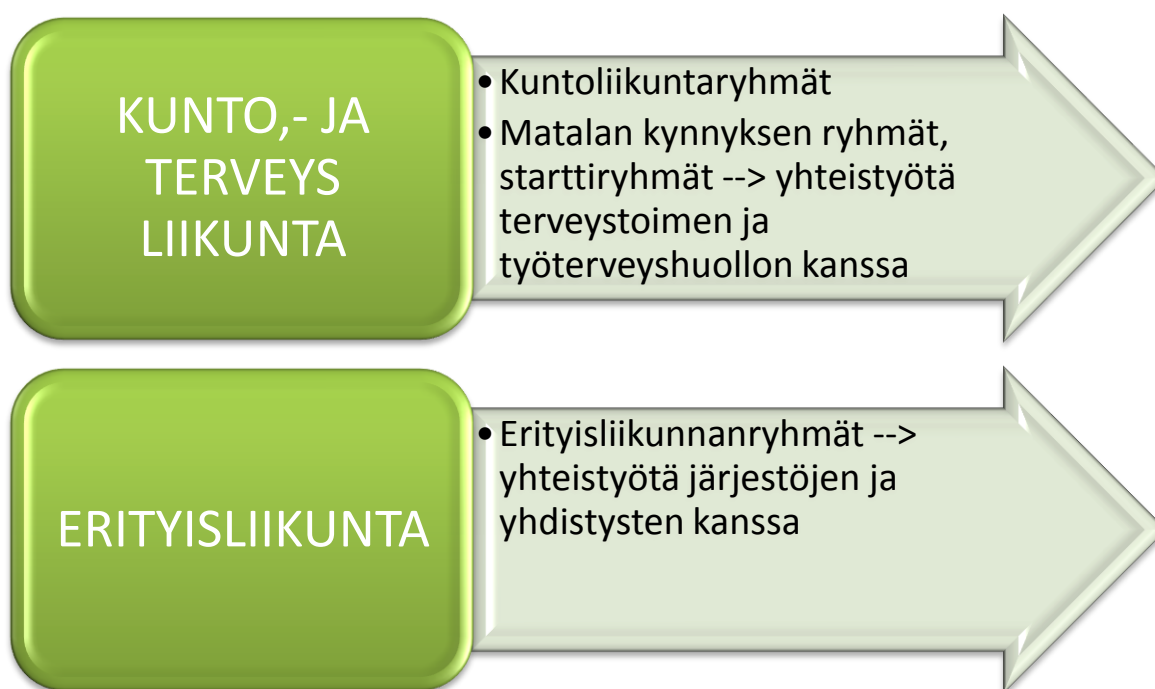


Kuvio 7. Esimerkkikuvio yhteistyökoordinaattorin työnkuvasta, muokattu Lahden kaupungin terveystietokunta strategian pohjalta

Yhteistyössä voitaisiin kehittää neuvontamenetelmiä, koostaa neuvontamateriaalia, sekä kehittää palveluja asiakkailta saatujen palautteiden avulla. Neuvonnan käytännöistä ja palvelujen toteuttamisesta sovittaisiin yhdessä. Yhteistyökoordinaattori osallistuisi työryhmän kokouksiin, jossa työnjako olisi selkeästi määrätty eri toimijoiden kesken.

Keravan Liikuntapalvelu on tehnyt terveydenedistämistyötä jo kolmisenkymmentä vuotta ja palvelujen kysyntä kasvaa jatkuvasti. Ohjausyksikkö tarjoaa liikunnanohjauspalveluita kuntalaisille ja Liikuntapalvelun käynnistämä lähiliikuntatoiminta liikuttaa erilaisia väestöryhmiä kaupungin eri asuinalueilla. Lähiliikuntavaunu tarjoaa liikuntavälineitä mm yhdistysten ja yritysten käyttöön. Liikuntapalvelu tarjoaa myös kuntotestauspalveluita, henkilökohtaista terveysliikunta-neuvontaa ja liikkumisresepti on vakiintunut osaksi toimintaa. Kuntoliikunnan ryhmissä liikkuu senioreita ja työikäisiä, sekä kaupungin henkilökuntaa. Erityisryhmien liikunnanohjauspalveluita järjestetään mm. liikuntarajoitteisille ja yhteistyötä tehdään järjestöjen ja yhdistysten kanssa. Keravalaisen Taisto Olavi Lepistön valtionperinnöstä saatuja varoja käytetään keravalaisen vanhustyön kehittämiseen ja erityisesti toimenpiteisiin, joilla ikääntyneiden toimintakykyä ylläpidetään liikunnan keinoin. Perintörahan turvin keravalaisille ikäihmisille tarjotaan myös kotikuntoutusta, järjestetään ikäihmisten lähiliikuntatoimintaa vertaisohjaajien voimin eri asuinalueilla, sekä järjestetään vuosittainen virkistys- ja ulkoilupäivä.

Matalankynnyksen liikuntaryhmiä voitaisiin perustaa liikuntaneuvonnan kautta ja lääkäreiden läheteellä tuleville asiakkaille, sekä liikuntaan tottumattomille asiakkaille myös kesken kauden. Toimintaa voitaisiin järjestää Liikuntapalvelun liikuntatilojen ulkopuolella ja toteuttaa osittain yhteistyönä terveystoimen kanssa. Toiminta sisältäisi ryhmätapaamisia- ja keskusteluja, sekä erilaisia lajikokeiluja ja toiminta räätälöitäisiin ryhmän mukaan syys- ja kevätkaudelle. (Kuvio 8.)



Kuvio 8. Esimerkkikuvio Keravan Liikuntapalvelun ohjattujen liikuntaryhmien jaottelusta

6.2 Mahdollisuuksia

Kun suomalaisista aikuisista noin miljoona liikkuu riittämättömästi, voidaan karkeasti arvioida jokaisen 100 000 uuden aikuisen liikkujan säästävän julkisia varoja n 20 miljoonaa euroa vuosittain. Jos edellä olevaa esimerkkiä suhteutetaan, niin yksi uusi liikkuja toisi 200 euroa säästöä ja 100 uutta liikkujaa säästäisi 20 000 euroa julkisia varoja vuosittain. Esimerkiksi Iisalmella, joka on 22 000 asukkaan kokoinen kaupunki, on haasteellinen, mutta realistinen tavoite saada 1000 uutta liikkujaa vuosittain, mikä toisi 200 000 euroa säästöjä vuositason tasolla. (Honkanen 2010, 29.) Tämä osoittaa, että kunnissa voidaan saada tuntuvia säästöjä aikaan panostamalla liikkumattomiin ja kehittämällä palveluketjuja. Eri ammattiryhmien käytössä olevan asiakastietojärjestelmän kehittäminen ja yhtenäistäminen helpottaisi mahdollisesti seurannan käytännön toteuttamista. Elintapasairauksista ja lääkkeiden käytöstä aiheutuvien kustannusten arvioiminen kuntatasolla edellyttää systemaattisesti kerättyä tilastollista tietoa.

Suomen Liikunta ja Urheilu (SLU) esitti jo vuonna 1998, että terveystieteiden palvelut tulisi kytkeä entistä tiiviimmin osaksi terveystoimien kunnallisia toimintaohjelmia. Jotta terveystieteiden taustalla nousisi sille kuuluvaan arvoon terveyden hoidossa, tarvitaan valtakunnallisella tasolla olevia liikuntapolitiittisia päätöksiä. Ennaltaehkäisyyn, riskiryhmien tunnistamiseen ja aikaiseen puuttamiseen tarvitaan korkeimmalta taholta tulevia linjauksia ja toimenpide- ehdotuksia. (Husu ym.2010.) Kuntien terveydenedistämisen linjauksilla ja strategioilla ohjataan ennen kaikkea toimintojen suuntaa ja käytännön työtä.

On arvioitu, että vuoteen 2035 mennessä melkein joka kolmas suomalainen on yli 65-vuotias. Jos yhteistyötä tehostamalla pystytään lisäämään ihmisten omavastuuta omasta terveydestä ja vähentämään ennen aikaista sairastumista ja toimintakyvyn heikkenemistä, pystyttäisiin 25 vuoden kuluttua paremmin vastaamaan kasvaviin ikääntyvien palvelujen tarpeisiin ja sairauksista aiheutuviin kustannuksiin. Yhteiskunnassa tarvittaisiin lisää arvokeskustelua, terveydenhoidossa uusia toiminnan suuntia ja resurssien kohdentamista ennen kaikkea ennaltaehkäisevään työhön. Palvelujen kehittäminen näyttäisi edellyttävän tulevaisuudessa asiakaslähtöisen ajattelun, - ja toi-

mintakulttuurin luomista ja palvelujen tuottajien kiinteää yhteistyötä asiakkaiden näkökulmasta katsottuna. (Nikander 2004, 280.) Asiakaslähtöinen ajattelu jää helposti tulos- ja omaa hyötyä korostavan ajattelun jalkoihin nyky-yhteiskunnassamme.

Terveystieteiden ammattilaiset tasapainoilevat tänä päivänä taloudellisen niukkuuden, asiakkaiden erilaisten lähtökohtien ja tarpeiden, sekä päätöksenteon kriteereiden ristipaineessa. Ammattiryhmien pääasiallinen ja tärkein tavoite on antaa asiakkaan kannalta tasapuolisia ja eettisesti oikeaan osuvia neuvoja. (Nikander 2004, 288.) Näyttäisi, että ammattikuntien rajat ylittävän yhteistyön painoarvo tulee lisääntymään terveyden hoidossa. Samalla moniammatilliselle yhteistyölle annetut tehtävät, haasteet ja tavoitteet tulevat entisestään monimutkaistumaan. Tulevaisuus tulee näyttämään, miten moniammatillisen yhteistyön kehitysvaatimuksiin ja ikääntyvän väestön tarpeisiin pystytään käytettävissä olevilla resursseilla vastaamaan. Voidaan arvioida, että vertaistoiminta ja siihen liittyvät tukitoimenpiteet tulevat tulevaisuudessa olemaan merkittävässä roolissa liikkumattomien liikuttamisessa.

Yhteistyön kehittäminen on yksi keino tavoittaa liikkumattomia ja liikkumisen lisääminen yksi tapa lisätä hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä. Esimerkiksi Opetus-, - ja Kulttuuriministeriö, sekä valtakunnallinen Kunnossa kaiken ikää - ohjelma (KKI) myöntävät tänä päivänä entistä enemmän hanketukia terveys- ja liikunta- alan hankkeille. Hyvin onnistuneita terveysliikunnan yhteistyöhankkeita on tehty eri puolilla Suomea ja niistä saatuja kokemuksia myös muut kunnat voivat hyödyntää omien hankkeidensa käynnistämisessä.

Lahdessa toteutettiin vuosina 2006 - 2008 Lahti Liikkeelle - kehittämishanke, jolle myönnettiin KKI- ohjelman tukea yhteensä 60 000 euroa. Hankkeen tavoitteena oli luoda toimintamalleja- ja tapoja lahtelaisten terveyden ja terveysliikunnan kehittämiseksi. Heinolassa kaupungin terveysliikunnanpalveluita luodaan yhteistyöverkostoin yhdessä terveys- ja liikuntatoimen sekä seurojen kanssa. Kainuussa Liikunta Ry:n koordinoima hanke TELIRANE – Terveyttä edistävä liikunta - ja ravitsemusneuvontamalli – hanke 2008- 2010 vakiinnuttaa toimialojen yhteistä terveysliikuntapalvelujärjestelmää. Savo–Karjalan alueen Terveyttä edistävän liikunnan hanke SEITTI- 2010

tavoitteena on kehittää eri organisaatioiden palvelurakennetta yhteneväisen verkoston luomiseksi.

Ulkopuolisen hanketuen hakeminen myös Keravalle saattaisi olla yksi mahdollisuus yhteistyön ja palveluketjun tavoitteellisessa kehittämisessä ja terveystieteiden neuvonnan tehostamiseen tähtäävissä toimenpiteissä. Keravan liikuntatoimenjohtajan ja sosiaali- ja terveydenhuollon johtajan kanssa käydyssä keskustelussa todettiin, että kehitysehdotusten käytäntöön vieminen edellyttäisi tavoitteellista suunnittelua, sekä vaatisi toteutuakseen nykyisten resurssien kartoittamista. Nähtäväksi jää, kuinka resurssit antavat tulevaisuudessa myöden ja kehittämissuhteita pystytään viemään toiminnan tasolle, sekä vakiinnuttamaan osaksi yhteistoimintoja. Tässä opinnäytetyössä kehittämissuhteiden tueksi oli saatavilla paljon perusteltua faktaa eri lähdemateriaaleista ja tehdyistä tutkimuksista. Ehdotuksia laadittaessa pystyttiin nojaamaan paitsi teoriaan, niin myös tehtyyn kysely tutkimukseen. Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena on kannustaa myös muita kuntia tarkastelemaan omia resurssejaan perusterveydenhuollon ja liikuntatoimen yhteistyön toteuttamiselle ja kehittämiselle. Keravalla yhteistyöstä saatuja kokemuksia voidaan vastaisuudessa jakaa niille kunnille, jotka ovat aikeissa aloittaa omia yhteistyöhankkeitaan.

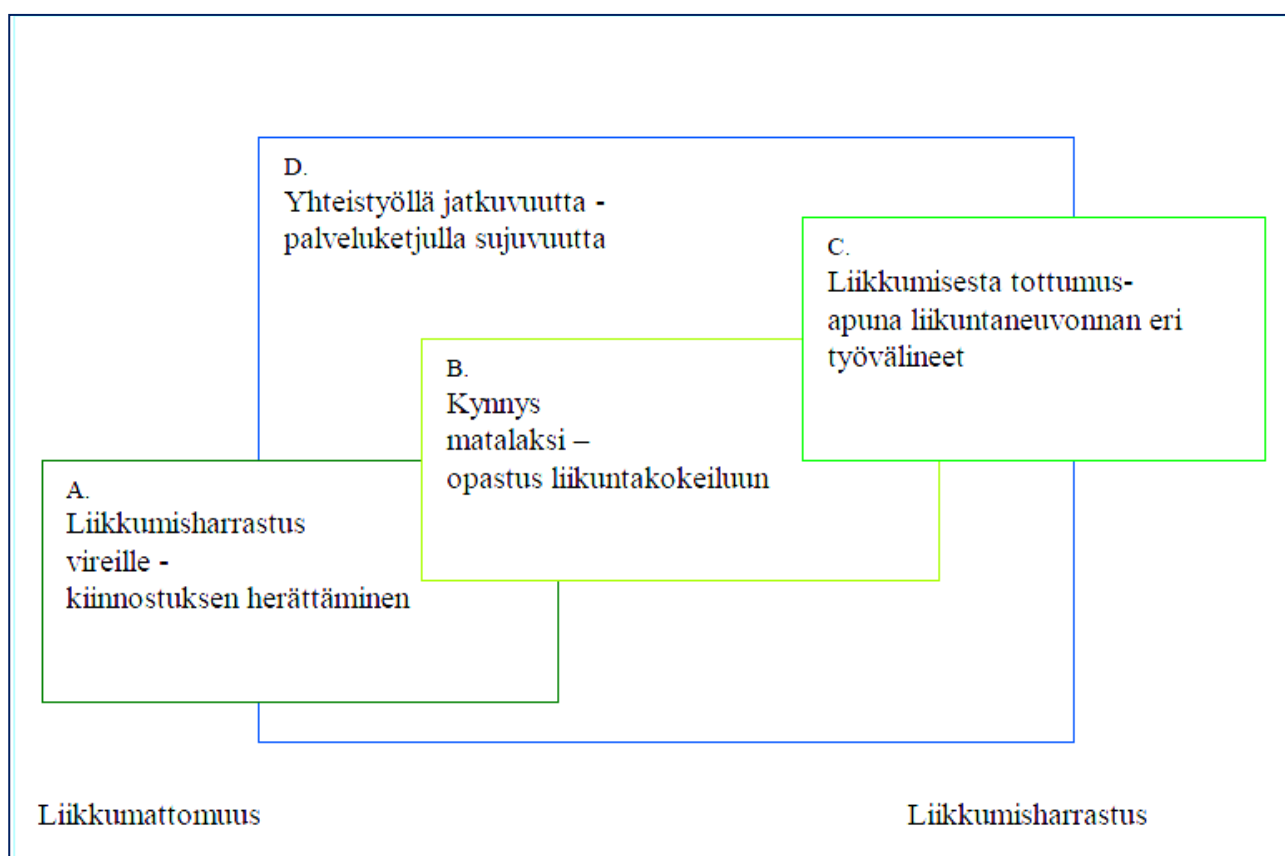
Liikkumattoman tie liikkujaksi on usein pitkä prosessi ja elämäntapamuutosten tekeminen vie usein aikaa. Asiakasesimerkkinä mainittakoon liikkumaton, 2- tyypin diabetesta sairastava 55 - vuotias keravalainen mieshenkilö jonka tapasin ensimmäisen kerran Keravan terveystieteiden keskuksessa diabeetikoille järjestetyssä ryhmäohjauksessa syksyllä 2010, jossa olin luennoimassa terveystieteen kunnasta. Mies oli saanut tietoa ryhmäohjauksesta terveystieteiden keskuksen diabeteshoitajalta, jolle lääkäri oli hänet lähettänyt korkeiden verensokeriarvojen takia. Asiakas tuli luennon jälkeen terveystieteiden neuvonnan vastaanotolleni terveystieteen keskukseseen. Ehdotin miehelle painonhallintaryhmää, jossa olisin toisena vetäjänä. Mies innostui ja ilmoittautui mukaan 11 kerran ryhmätapaamiseen. Puolet tapaamiskerroista sisälsi eri liikuntalajeihin tutustumista ja puolet tapaamisista sisälsi ryhmäkeskusteluita, joissa ryhmäläiset saivat tarvittavaa vertaistukea. Koko kurssin ajan ryhmäläiset joutuivat tekemään itse arviointia kotitehtävänä jokaisen tapaamisen välissä. Henkilökohtaisia ryhmäläisen ja ohjaajan välisiä tapaamisia sisällytettiin kurssin alkuun ja loppuun,

jolloin pystyttiin arvioimaan ryhmäläisten itsensä asettamia tavoitteitaan ja seuraamaan niiden toteutumista.

Ryhmän loputtua mies jäi asiakkaaksi Liikuntapalveluun ja seuranasta on sovittu jo vuodeksi eteenpäin. Vesiliikuntaryhmäkin löytyi uimahallilta, jossa vaimo oli käynyt jo jonkin aikaa. Päivittäiset kävelylenkit ovat sittemmin vakiintuneet yhteiseksi tavaksi. Mies käy edelleen kontrollikäynneillä terveyskeskuksessa verenpaineen takia ja tavoitteena on jättää lääkitys kokonaan pois. Liikunnallisen elämäntavan muutoksen myötä miehen ruokavaliossa ja ruokailutottumuksissa on tapahtunut myönteistä kehitystä, sekä unen laatu on merkittävästi parantunut.

Asiakas on esimerkki hyvin motivoituneesta ihmisestä, jolla elämäntilanne oli suotuisa ja valmiudet elämäntavan muutokseen olivat olemassa. Asiakas uskoi itse pystyvänsä muutokseen ja sai tarvittavaa tukea eri ammattiryhmiltä koko prosessin ajan.

Asiakasesimerkistä voidaan päätellä, että yhteistyössä on voimaa, ja terveysliikunta on lääkettä ja hoitoa parhaimmillaan. Liikunnallinen elämäntapa tukee kokonaisvaltaista terveyttä terveellisen ruokavalion ja riittävän unen rinnalla. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Asiakkaan muutosprosessi liikkumattomasta liikunnan harrastajaksi,
UKK-instituutti 2009

Tärkeitä periaatteita terveyden edistämisessä ovat viime kädessä ihmisten itsemääräämisoikeus ja niiden kunnioittaminen. Terveyden edistämistyötä tekevien tehtävänä on tarjota monipuolisia palveluja ja antaa tukea ihmisille, jotka sitä eniten tarvitsevat. Voitaisiin väittää, että ihmiset tarvitsevat kiire yhteiskunnassamme yhä enemmän henkilökohtaista palvelua ja ammattihenkilöä, jolla on hetkeksi aikaa pysähtyä tarkastelemaan niitä tekijöitä, jotka ovat esteinä elämäntapojen muuttamisessa. Ihmiset tarvitsevat kuuntelemista, myötäelämistä, kannustusta, sekä ohjausta

tavoitteiden ja päätösten tekemisessä. On kuitenkin muistettava, että vaikka elämäntapojen valinnan vapaus on ihmisellä itsellään, niitä ei ole koskaan liian myöhäistä muuttaa.

Opinnäytetyössäni pyrin tarkastelemaan aihetta laaja- alaisesti yleisellä valtakunnallisella tasolla ja suhteuttamaan asioita paikalliselle tasolle. Aihe oli moniulotteinen ja kaikki aiheeseen liittyvä tuntui kytkeytyvän toisiinsa saumattomasti. Pyrin erottamaan isommat asiakokonaisuudet pienemmistä ja esittämään niiden monimutkaiset yhteydet toisistaan. Olen tehnyt työtäni näköalapaikalla jo useamman vuoden ajan ja opinnäytetyöhöni sain liitettyä paljon sekä työssäni, että opinnoissa oppimaani. Opinnäytetyön myötä olen syventänyt tietojani terveysliikunnan alalla ja tarkastelen asioita laajemmasta perspektiivistä sekä yksilöiden, yhteiskunnan, että palveluntarjoajien näkökulmasta.

”Terveysten edistäminen on tulevaisuuden työtä ja sille on olemassa objektiivinen tarve. Se tulee vahvistumaan, koska se on yhteiskunnan ja yksilön kannalta paras tapa terveydestä huolehtimiseen.” (Pietilä 2002.)

Lähteet

Ahtiainen, K. Nousiainen S-M. 2010. Käyttäytyminen ei käskystä muutu. Liikuntaneuvonnan keskeyttäneet asiakkaat Liike luo elämää – hankkeessa. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu, s. 13,19 Luettavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/21576/Kayttaytyminen%20ei%20kaskysta%20muutu.pdf?sequence=1>

Aho, J. 2010. Sastamalan kaupungin terveystietokuntasuunnitelma. Opinnäytetyö, Haaga- Helia ammattikorkeakoulu. Luettavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23439/Jari%20Aho.pdf?sequence=1>.

Luettu 2.11.2011

Coue E. 1918. Kuinka parannan itseni suggestiolla. Risteen kirjapaino, Kokemäki 1972.

Fogelholm, M., Vuori, I. 2005. Terveystietokunta. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, s. 216- 217

Heinonen, T. 2011. Terveystietokuntalääkäreiden mielipiteitä Liiku - läheteestä ja liikunnanpalveluketjusta Lahdessa. Opinnäytetyö, Haaga- Helian ammattikorkeakoulu. Luettavissa:

<https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29082/Tera%20Heinonen.pdf?sequence=1> Luettu 20.10.2011

Honkanen, E. 2010. Valmentava ohjaustyö ja motivointi elämäntapamuutoksen perustana. Opinnäytetyö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Luettavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17205/Honkanen_Eija.pdf?sequence=1

Luettu 13.10.2011

Husu, P., Paronen, O., Suni, J. & Vasankari, T. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Opetus -ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Luettavissa:

edu.fi/OPM/Julkaisut/2011/Suomalaisten_fyysinen_aktiivisuus_ja_kunto_2010.html?lang=fi

Luettu 27.10.2011

Huttunen, J. 2010. Mistä terveys on? Luettavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903&p_haku=ter...

Luettu 25.8.2011

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Dark Oy. Vantaa.

Keravan kaupungin strategia 2009- 2012. Luettavissa:

http://www.kerava.fi/ep/tiedostot/2008_10_14_strategia2009_nettiin.pdf Luettu: 29.9.2011

Kiiskinen, U. Vehko, T. Matikainen, Natunen, S & Aromaa, A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet – vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki. Luettavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3712.pdf&title=Terveyden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikuttavuus_ja_kustannusvaikuttavuus_fi.pdf Luettu: 4.9.2011

Lahden kaupunki. 2009. Terveysliikunta ja liikuntaneuvonta. Luettavissa:

<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/9CB58D6F598D8AABC225714000461084> Luettu: 1.10.2011

Mäki- Opas J. 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro-gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto. Luettavissa: <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2009/7924.pdf>.

Luettu: 29.8.2011.

Niemi, A. 2007. Terveysliikuntaa. Saarijärven offset Oy, Jyväskylä.

Nikander, Pirjo. 2004. Interprofessional cooperation in the social and health sector. An international perspective. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine. 2003:40.

Luettavissa: <http://www.uta.fi/~pirjo.nikander/Nikander.pdf>. Luettu 20.10.2011.

- Packalen, L. 2007. Terveysliikuntastrategia 2007. Sivistystoimiala liikuntapalvelut. Sosiaali - ja terveystoimi. Luettavissa:
[http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/\\$file/Terveysliikuntastrategia%2007.pdf](http://www.lahti.fi/www/images.nsf/files/076E5D67A2FE232EC22573330027C2C7/$file/Terveysliikuntastrategia%2007.pdf) Luettu 15.10.2011
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät. Ws Bookwell Oy. Juva.
- Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. WSOY. Helsinki.
- Pohjanmaa Hanke 2005-2014. Hoidon ja palveluiden kehittäminen. Luettavissa:
<http://www.pohjanmaahanke.fi/Default.aspx?id=558161>. Luettu 5.9.2011
- Vuori, I. 2003a. Lisää liikuntaa. Edita Prima oy, Helsinki, s. 95.99-100 Luettu 27.9.2011
- Poskiparta, M. 1996. Reflektiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. 33: 91-97.
- Puska, P. 2006. SLU, Liikunnan ja Urheilun Maailma. Uusi kansanterveyslaki korostaa kuntien vastuuta.03:06. Luettavissa:
http://www.slu.fi/lum/03_06/urheiluseuroille/uusi_kansanterveyslaki_korostaa/
 Luettu 14.9.2011
- Rahko, V. 2010. Liikuntaneuvonta terveyden edistämässä. Opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu. s, 14. Luettavissa:
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/16450/rahko_ville.pdf?sequence=1
 Luettu 28.9.2011
- Salmela, S. Kettunen, T. Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti– Journal of Social Medicine. 47: 201-218.

STM, 2009:9 Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Kaste- ohjelman valtakunnallinen toimenpanosuunnitelma vuosille 2008- 2011. Luettavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf.
luettu 5.9.2011

STM 2010. WHO edistää ja turvaa terveyttä. Luettavissa:

http://www.stm.fi/stm/kansainvaliset_asiat/who Luettu: 25.8.2011

STM 2011. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Luettavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi>

Luettu: 25.8.2011

Tanttu, K. 2007. Koordinointi terveydenhuollon palveluketjujen hallinnan keinona. Väitöskirja.

Vaasan yliopisto. Luettavissa:

<http://www.uwasa.fi/ajankohtaista/tiedotearkisto/2007/uutisia21052007/> Luettu 20.10.2011

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). 2008. Hyvinvoiva kunta. Jyväskylä. Luettavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cf9bd600-ba20-4996-ae1-5077f7de5fe0> Luettu 3.10.2011

Tuki, J. 2007. Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat terveyskäsitykset. Pro- gradu tutkielma. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa, valmentava elämäntapaohjaus. Edita Publishing Oy, Helsinki.

UKK- instituutti 2002. Mikä on Liikkumisresepti- hanke? Luettavissa:

<http://www.liikkumisresepti.net/mikaonhanke.html>. Luettu 8.11.2011

UKK- instituutti 2009. Työkaluja liikuntaneuvontaan.

Luettavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/599-SLP_alentunut_toimintakyky.pdf

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammalan kirjapaino. Tammi.

Wilskman, K., Ståhl, T., Muurinen, S. & Perttilä, K. 2007a. Väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kunnissa. STAKES. Luettavissa:

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T16-2008-VERKKO.pdf>

Luettu 27.8.2011

Vuori, I. 2008a:14. Liikunnan ja Urheilun Maailma. Uudet terveysliikuntasuositukset Yhdysvalloista. Luettavissa:

http://www.slu.fi/lum/numero_14_2008/tutkittua/uudet_terveysliikuntasuositukset/

Luettu 3.10.2011

Vuori, I. 2003b. Lisää liikuntaa. Edita Prima oy, Helsinki.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T., Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto. Liikunta ja Tiede 6:24. s. 82. Artikkelin luettavissa:

http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf Luettu: 4.10.2011

Liitteet

Liite 1. Terveysliikuntaneuvonnan kyselylomake

Terveysliikuntaneuvonta toiminta käynnistettiin syksyllä 2008 Keravan terveyskeskuksessa. Tarkoituksena on jatkossa saada toiminta vakiinnutettua osaksi perusterveydenhuoltoa. Kyselyn tarkoituksena on mm. kartoittaa Teidän ajatuksia ja mielipiteitä neuvonnan tarpeellisuudesta ja kehittämistarpeista. Kiitos vastauksistasi.

1) Sukupuoli

☐ Mies ☐ Nainen

2) Ikä

☐ 20-35 v ☐ 36-45 v ☐ 46-55 v ☐ 56-65 v

3) Mihin seuraavista ammattiryhmistä kuulutte?

- ☐ Terveystenhoitaja
☐ Fysioterapeutti
☐ Diabeteshoitaja
☐ Sairaanhoidaja
☐ Kouluterveydenhoitaja
☐ Muu, mikä

4) Kuinka kauan olette toimineet nykyisessä työsuhteessanne?

☐ Alle 5v ☐ 5-10v ☐ 11-15v ☐ yli 15v

5) Miten hyvin omasta mielestänne tunnette terveysliikunnan vaikutukset ihmisten terveyteen?

- ☐ 1 = Hyvin huonosti
☐ 2 =
☐ 3 =
☐ 4 =
☐ 5 =
☐ 6 = Erittäin hyvin

6) Kuinka paljon liikutte omasta mielestänne terveyteenne nähden?

- ☐ 1 = En ollenkaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin paljon

7) Kuinka hyvin tunnette Keravan Liikuntapalveluiden tarjoamia palveluita?

- ☐ 1 = En ollenkaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin hyvin

8) Käytättekö kaupungin liikunnan palveluita vapaa-ajallanne?

- ☐ 1 = En ollenkaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin paljon

**9) Oletteko tietoinen, että terveysliikuntaneuvontaa on terveyskeskuksen fysioterapianyksikön tiloissa ker-
ran kuukaudessa 2 h kerrallaan?**

- ☐ Kyllä ☐ En

10) Oletteko tietoinen, että neuvontaa annetaan potilaille ilman ajanvarausta Liikuntapalvelun toimesta?

- ☐ Kyllä ☐ En

11) Tiedätkö mitä terveysliikuntaneuvonnan työhön ja käytäntöihin kuuluu?

- ☐ 1 = En ollenkaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin hyvin

12) Oletteko ohjannut potilaita terveysliikuntaneuvojan vastaanotolle?

- ☐ 1 = En koskaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin usein

13) Lähettäisittekö enemmän potilaita neuvontaan, jos lähetekäytännöt olisivat yhdessä sovittuja?

- ☐ Kyllä ☐ En ☐ En osaa sanoa

14) Käytättekö omassa työssänne terveysliikuntaneuvontaa?

- ☐ 1 = En lainkaan
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Erittäin usein
- ☐ 7 = En osaa sanoa

15) Minkälaisia rajoituksia koette terveysliikuntaneuvonnan työhön omassa työssänne?

	1 = Ei rajoita lain- kaan	2	3	4	5	6 = rajoittaa erittäin paljon	7 = En osaa sa- noa
Ajanpuute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedon puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiinnostuksen puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taidon puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16) Käyttäisittekö enemmän neuvontaa omassa työssänne, jos neuvonnan käytäntöjä kehitettäisiin työyhteisössäsäi moni ammatillisesti?

- ☐ 1 = En käyttäisi
- ☐ 2 =
- ☐ 3 =
- ☐ 4 =
- ☐ 5 =
- ☐ 6 = Käyttäisin varmasti
- ☐ 7 = En osaa sanoa

17) Kuinka tärkeänä pidätte terveysliikuntaneuvonnan työtä osana ennaltaehkäisevää perusterveydenhoitoa ja potilaiden omaehtoisen terveysliikkumisen lisäämistä?

LIKKUMISRESEPTI

Nimi	Henkilötunnus
Terveydentila ja nykyinen säännöllinen liikkuminen	
Liikkumisen terveysperusteet	
Terveydentilassa huomioitavaa (mikä voi vaikuttaa kuntotestauksen lopputulokseen esim. lääkitys, korkea verenpaine, leikkaukset, sydämen vajaatoiminta jne.)	
Toteutumisen arviointi ja seuranta	
Pvm	Lääkärin allekirjoitus

Liite 3. Käyttäytymismuutoksen tekniikoita ja niihin yhdistettävissä olevat teorit

Tekniikka (teoria)

1. Käyttäytymisen ja terveyden väliseen yhteyteen liittyvän tiedon tarjoaminen (IMB)
 2. Sairauksiin liittyvän tiedon tarjoaminen (TRA, TPB, SCogT, IMB)
 3. Aikomuksen muodostaminen (TRA, TPB, SCogT, IMB)
 4. Esteiden tunnistaminen (SCogT)
 5. Yleisen kannustuksen tarjoaminen (SCogT)
 6. Asteittaisesta etenemisestä sopiminen (SCogT)
 7. Ohjeiden tarjoaminen (SCogT)
 8. Käyttäytymisen demonstrointi (SCogT)
 9. Täsmällisen tavoitteen asettaminen (CT)
 10. Tavoitteiden arviointi (CT)
 11. Käyttäytymisen omaseuranta (CT)
 12. Suorituspalautteen tarjoaminen (CT)
 13. Kohdekäyttäytymisestä riippuvaisen kannustuksen tarjoaminen (OC)
 14. Vihjeiden ja yllkkeiden hyödyntäminen (OC)
 15. Käyttäytymissopimuksen tekeminen (OC)
 16. Toimintaan kehottaminen (OC)
 17. Sosiaalisen tuen tai muutoksen suunnittelu (sosiaalisen tuen teorit)
 18. Repsahdusten ehkäiseminen (repsahduksen ehkäisyn terapia)
 19. Stressin hallinta (stressiteorit)
 20. Motivoiva haastattelu
-

LIITE 3. Käyttäytymismuutoksen keskeisimmät osatekijät (Salmela 2010, 212.)

IMB= Information-Motivation-Behavioral Skills Model, TRA= Perustellun toiminnan teoria,

TPB= Suunnitellun toiminnan teoria, SCogT= Sosiaalkognitiivinen teoria, CT= Kontrolliteoria,

OC= Operant Contioning, Repsahduksen ehkäisyn teoria

